RAPPORT ANNUEL
2011-2012

Améliorer la qualité des services
Accroître la satisfaction des usagers
Assurer le respect des droits

Application de la procédure d'*examen des plaintes* et de l'amélioration de la *qualité des services*

Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

AGIR DANS L'INTÉRET DE LA PERSONNE

Québec

RAPPORT ANNUEL
2011-2012

APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES ET DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Adopté à la séance ordinaire du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale le 6 septembre 2012

Édition produite par :

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Rédaction
Monsieur Denys Bernier
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Secrétariat
Andrée Dionne
Adjointe administrative

Bureau du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Monsieur Louis Auger
Commissaire régional substitut aux plaintes et à la qualité des services

Andrée Dionne
Adjointe administrative

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, tant que la source est mentionnée.

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet
www.rrsss03.gouv.qc.ca, **section *Documentation*, rubrique *Publications*.**

Pour obtenir un exemplaire de ce document, s'adresser à :
Isabelle Lindsay
Centre de documentation
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone : 418 666-7000, poste 217 ou 521
Télécopieur : 418 666-2776
Courrier électronique : cdocagence03@ssss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Dépôt légal : Bibliothèque et Archives Canada, 2012
ISBN : 978-2-89616-153-9 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89616-154-6 (version PDF-Internet)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

MOT DU COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

En 2011-2012, les usagers des services de santé, leurs représentants ou de tierces personnes se sont adressés aux commissaires locaux, aux médecins examinateurs des établissements et au commissaire régional de la région de la Capitale-Nationale à 3 319 reprises, dont 1 582 pour formuler une plainte, 316 pour signaler un problème ayant justifié une intervention et 1 421 pour déposer une demande d'assistance.

L'ampleur du nombre de demandes témoigne de la pertinence de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services. Ces demandes permettent de mettre en évidence les écarts entre la qualité attendue par les usagers et la qualité rendue par les organisations sur les plans relationnel, professionnel et organisationnel, et en ce qui a trait au respect des droits. Le regard singulier de l'utilisateur des services révèle souvent des aspects non couverts par les différentes démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité des services.

Ainsi, les usagers des services, leurs représentants ou de tierces personnes ont porté à notre attention 2 474 motifs d'insatisfaction parmi les plaintes conclues et les interventions réalisées en 2011-2012. Ces motifs se concentraient principalement sous 3 catégories : la prestation des soins et des services, les relations interpersonnelles ainsi que l'accessibilité et la continuité des services. Parmi les 2 474 motifs invoqués, 89 % ont été retenus pour examen (2 202). De ce nombre, 44 % (977) ont fait l'objet de 1 083 mesures correctives. C'est à travers cet aspect que se manifeste la contribution particulière de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services.

En effet, grâce à leurs recommandations, formulées en toute indépendance, et à leur capacité de mobiliser et d'influencer les diverses organisations concernées par les motifs d'insatisfaction, les commissaires et les médecins examinateurs ont su introduire des changements nécessaires. Les changements apportés sont bénéfiques non seulement à ceux qui ont porté plainte ou qui ont signalé des anomalies menant à des interventions, mais aussi aux futurs usagers des services.

La mise en œuvre des 1 083 mesures correctives a été facilitée par la collaboration active des membres des comités de vigilance et de la qualité des services[1], une instance de chaque conseil d'administration des établissements et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale dont l'un des mandats est d'assurer le suivi des mesures correctives proposées. Soulignons également l'importante contribution des gestionnaires des organisations visées par les plaintes et les interventions. Ils ont généralement manifesté une ouverture pour

[1] Le comité est composé de 3 personnes choisies parmi les membres du conseil d'administration, en plus du directeur général et du commissaire local pour un établissement ou du président-directeur général et du commissaire régional pour une agence de la santé et des services sociaux.

discuter des motifs d'insatisfaction de leurs clients, et ils se sont engagés dans la détermination et la mise en œuvre de solutions durables aux problèmes relevés.

En 2011-2012, la Table de concertation des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de la Capitale-Nationale, dont le mandat est de contribuer à l'amélioration de l'application du régime d'examen des plaintes, a travaillé notamment à la promotion de l'indépendance de la fonction de commissaire et à l'élaboration de lignes directrices favorisant l'harmonisation de l'exercice de la fonction de commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Les commissaires locaux, les médecins examinateurs des établissements et moi-même sommes fiers d'avoir contribué à bonifier les services, à hausser le taux de satisfaction des usagers et à garantir le respect de leurs droits. Agir dans l'intérêt des usagers constitue la raison d'être de nos actions. Nous souhaitons que cette raison d'être soit partagée, au quotidien, par l'ensemble des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Denys Bernier

Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 7
DROITS DES USAGERS 8
PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES 9
CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES 10
FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS 10
FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LE COMMISSAIRE RÉGIONAL .. 11
PARTIE I 13
COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET 13
À LA QUALITÉ DES SERVICES ET 13
MÉDECINS EXAMINATEURS 13
DES ÉTABLISSEMENTS 13
INTRODUCTION 15
1.1 PLAINTES TRAITÉES 15
1.1.1 PLAINTES EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT ET À LA FIN DE L'EXERCICE 16
1.1.2 PLAINTES REÇUES 17
1.1.3 PLAINTES CONCLUES 18
1.1.4 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES 20
1.1.5 MESURES CORRECTIVES DES PLAINTES CONCLUES 25
1.1.6 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES 28
1.1.7 PLAINTES SOUMISES EN DEUXIÈME INSTANCE 29
1.2 INTERVENTIONS 31
1.2.1 INTERVENTIONS CONCLUES 32
1.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES 33
1.2.3 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES 34
1.3 DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION 36
1.4 AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES LOCAUX 37
PARTIE II 39
LE COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES 39
ET À LA QUALITÉ DES SERVICES 39
INTRODUCTION 41
2.1 PLAINTES 41
2.1.1 PLAINTES EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT ET À LA FIN DE L'EXERCICE 42
2.1.2 PLAINTES REÇUES 42
2.1.3 PLAINTES CONCLUES 43
2.1.4 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES 44
2.1.5 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES 47
2.1.6 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES 49
2.1.7 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES 49
2.1.8 RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN 51
2.2 SIGNALEMENTS ET INTERVENTIONS 51

2.2.1 INTERVENTIONS TRAITÉES 52
2.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES 53
2.2.3 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES 54
2.2.4 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES 55
2.2.5 DÉLAI DE TRAITEMENT DES INTERVENTIONS 56
2.3 CONSTATS PAR ORGANISATION VISÉE : PLAINTES ET INTERVENTIONS 57
2.3.1 RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES 57
2.3.2 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 58
2.3.3 RESSOURCES D'HÉBERGEMENT EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE 59
2.3.4 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE 59
2.3.5 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE 60
2.4 DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION 61
2.4.1 DEMANDES D'ASSISTANCE 61
2.4.2 DEMANDES DE CONSULTATION 62
2.5 AUTRES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE 63
ANNEXES 65
LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE 67
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES 69
DESCRIPTION DES CATÉGORIES DE MOTIFS DE PLAINTES ET D'INTERVENTIONS 70
MOTIFS DÉTAILLÉS DES PLAINTES ET DES INTERVENTIONS - COMMISSAIRE LOCAL 71
ET MÉDECIN EXAMINATEUR 71
MOTIFS DÉTAILLÉS DES PLAINTES ET DES INTERVENTIONS - COMMISSAIRE RÉGIONAL 83
LISTE DES TABLEAUX 89

INTRODUCTION

La production du rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services fait partie des obligations légales de toute agence de la santé et des services sociaux. En effet, l'article 76.12 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2), ou LSSSS, prévoit ce qui suit :

> 76.12. Tout conseil d'administration d'une agence doit transmettre au ministre une fois par année un rapport faisant état de l'ensemble des rapports qu'il a reçus de chaque conseil d'administration d'un établissement.
>
> Ce rapport décrit les types de plaintes reçues, y compris les plaintes concernant les médecins, les dentistes ou les pharmaciens, et indique notamment pour chaque type de plainte :
>
> 1 °Le nombre de plaintes reçues, rejetées sur examen sommaire, examinées, refusées ou abandonnées depuis le dernier rapport;
>
> 2 °Les suites qui ont été données après leur examen;
>
> 3 °Le nom de chaque établissement concerné;
>
> 4 °Les délais d'examen des plaintes.
>
> Ce rapport doit également comprendre le bilan des activités du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services visé au paragraphe 9 du deuxième alinéa de l'article 66, décrire les motifs de plaintes que l'agence a elle-même reçues et indiquer notamment pour chaque type de plaintes :
>
> 1 °Le nombre de plaintes reçues, rejetées sur examen sommaire, examinées, refusées ou abandonnées depuis le dernier rapport;
>
> 2 °Les délais d'examen des plaintes;
>
> 3 °Les suites qui ont été données après leur examen;
>
> 4 °Le nombre de plaintes et les motifs des plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur des usagers.
>
> Il doit de plus faire état des principales mesures recommandées par les commissaires locaux et par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi que des principales mesures prises par les établissements et par l'agence en vue d'améliorer la satisfaction de la clientèle de même que le respect de ses droits. Le conseil d'administration y formule, au besoin, des objectifs de résultats sur toute question relative au respect des droits des personnes qui s'adressent au commissaire régional.

Après un rappel des droits des usagers et de la procédure d'examen des plaintes, la première partie de ce rapport présente une compilation de tous les rapports annuels sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, pour l'exercice 2010–2011, dans les établissements publics de la région de la Capitale-Nationale ainsi que dans les établissements privés conventionnés et non conventionnés reconnus comme centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en vertu d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La deuxième partie fait état de l'examen des plaintes déposées et examinées à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale entre le 1er avril 2010 et le 31 mars 2011. On y trouve également un bilan des activités du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services durant cette même année.

DROITS DES USAGERS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) reconnaît plusieurs droits à tout usager du réseau de la santé et des services sociaux, notamment :

- le droit à l'information sur les services qui existent, sur l'endroit où ils peuvent être obtenus et sur la façon d'y avoir accès;
- le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, sur les solutions possibles, de même que sur les risques et les conséquences généralement associées à ces solutions;
- le droit à des services adéquats sur les plans humain, scientifique et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire, et le droit de choisir le professionnel ou l'établissement qui offrira ces services, en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement des établissements ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent;
- le droit de donner ou de refuser un consentement à des soins;
- le droit de recevoir des soins en cas d'urgence;
- le droit de participer aux décisions qui concernent son état de santé et de bien-être;
- le droit à des services offerts en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise, dans la mesure où le prévoit le programme d'accès à ces services dans la région;
- le droit d'être accompagné et assisté lorsqu'il désire obtenir un service ou de l'information ou au cours d'une démarche de plainte;
- le droit d'exercer un recours lorsqu'une faute a été commise;
- le droit d'accès à son dossier;
- le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation des services qu'il a reçus ou de tout accident susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou sur son bien-être, ainsi que des mesures pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Le régime d'examen des plaintes est un moyen auquel les citoyens peuvent recourir afin de faire valoir et reconnaître leurs droits et de participer, ainsi, à l'amélioration de la qualité des services offerts à la population.

PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

La LSSSS (L.R.Q., chapitre S-4.2) permet aux usagers ou à leurs représentants de porter plainte auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services d'un établissement s'ils sont insatisfaits des services reçus ou des services qu'ils auraient dû recevoir, reçoivent ou requièrent de l'établissement. Ce recours concerne également les ressources intermédiaires ou de type familial ou tout autre organisme, société ou personne auxquels l'établissement recourt pour la prestation de ces services.

De plus, la loi prévoit l'examen, par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services de l'agence de santé et de services sociaux de la région concernée, des plaintes relatives :

- aux services des organismes communautaires correspondant aux critères de l'article 334 de la LSSSS (L.R.Q., chapitre S-4.2);
- aux services des résidences privées pour personnes âgées;
- aux services des ressources d'hébergement en toxicomanie et jeu pathologique;
- aux services préhospitaliers d'urgence;
- à toute activité ou fonction de l'agence qui touche personnellement le plaignant;
- aux services d'un organisme, d'une société ou d'une personne dont les services ou les activités sont liés au domaine de la santé et des services sociaux, et avec lesquels une entente de services pour leur prestation a été conclue par l'agence.

Le délai prévu par la LSSSS pour transmettre les conclusions d'une plainte a été fixé à 45 jours. Toutefois, certaines circonstances peuvent entraîner des délais supplémentaires pour conclure l'examen du dossier. Le plaignant peut alors accepter ou refuser de prolonger le délai. Mais dans tous les cas, le retard ouvre la voie à un recours auprès du Protecteur du citoyen. Ainsi, le cheminement prévu par le régime d'examen des plaintes se résume comme suit :

LES DEUX PALIERS DU RÉGIME D'EXAMEN

Établissements*		Agence**
		Organismes communautaires Ressources en toxicomanie ou jeu pathologique Résidences privées pour personnes âgées Services préhospitaliers d'urgence Activités et fonctions de l'agence
Procédure générale	Actes médicaux	
1er recours Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	**1er recours** Médecin examinateur	**1er recours** Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
2e recours Protecteur du citoyen	**2e recours** Comité de révision	**2e recours** Protecteur du citoyen

* Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), articles 29 à 59

** Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), articles 60 à 72

Tout au long du processus d'examen d'une plainte, les personnes plaignantes sont assurées d'être informées des étapes essentielles et des délais de traitement de leur plainte. De plus, les plaignants reçoivent, au terme du processus, les conclusions motivées sur les différents éléments de leur plainte.

CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES

Toute personne qui désire formuler une plainte auprès d'un établissement de la région, de l'Agence ou du Protecteur du citoyen peut être assistée et accompagnée gratuitement, sur demande, par le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de la Capitale-Nationale.

Le CAAP est l'organisme communautaire mandaté par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour aider le citoyen dans ses démarches. Le CAAP peut être joint au 418 681-0088 ou au 1 877 767-2227.

FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS

En 2011-2012, les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements ont traité 1 660 plaintes d'usagers ou de leurs représentants, dont 1 543 ont été conclues et 117 étaient en cours de traitement au 31 mars 2012.

Les plaintes conclues à l'intérieur des 45 jours prévus par le régime d'examen des plaintes représentaient 86 % (1 175) des plaintes soumises aux commissaires locaux, un nombre identique à celui observé l'année précédente. Pour les plaintes présentées aux médecins examinateurs, 48 % (89) ont été conclues en moins de 45 jours, ce qui représente une diminution par rapport à 2010-2011 (58 %).

Sur l'ensemble des plaintes conclues par les commissaires locaux (1 360), 57 ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen. Quant aux plaintes conclues par les médecins examinateurs (183), 23 ont été transférées au comité de révision des établissements.

Les plaintes reçues en cours d'année (1 524) concernaient principalement les CHSGS (56 %), les CLSC (21 %) et le CHSP (10 %), suivis des CHSLD (6 %) (voir l'annexe II pour connaître la signification des sigles).

Les 1 543 plaintes conclues cumulaient 1 989 motifs d'insatisfaction des usagers ou de leurs représentants; 87 % de ces motifs ont été retenus pour examen (1 739). De ce nombre, 736 ont entraîné la proposition de 792 mesures correctives formulées par les commissaires locaux (728) et par les médecins examinateurs (64).

En 2011-2012, les commissaires locaux ont traité 311 demandes d'intervention formulées par la population ou par les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Au 31 mars 2012, 278 interventions avaient été conclues et 33 étaient en cours de traitement. Les interventions conclues concernaient principalement les CHSGS (35 %), les CLSC (20 %), le CHSP (19 %) et les CHSLD (18 %).

Les 278 interventions conclues cumulaient 320 motifs d'insatisfaction, dont 311 ont été retenus pour examen. De ce nombre, 170 ont fait l'objet de 184 mesures correctives formulées par les commissaires locaux.

Conformément à leur mandat, les commissaires locaux ont répondu à 1 130 demandes d'assistance (soutien à une démarche) et à 254 demandes de consultation (avis) de la part des commissaires locaux, du commissaire régional, du Protecteur du citoyen et de différents partenaires du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des suivis.

FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LE COMMISSAIRE RÉGIONAL

En 2011-2012, le commissaire régional a traité 61 plaintes déposées par des usagers ou leurs représentants. Au 31 mars 2012, 58 plaintes avaient été conclues et 3 étaient en cours de traitement.

Dans une proportion de 94,8 % (55), les plaintes ont été conclues (58) à l'intérieur des 45 jours prévus par le régime d'examen des plaintes, ce qui constitue une amélioration comparativement à l'année précédente (79,9 %).

Trois plaintes ont fait l'objet d'un recours en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen, comparativement à une l'année précédente et à 3 en 2009-2010 et 2008-2009.

Les plaintes reçues en cours d'année (58) concernaient principalement les résidences pour personnes âgées (36 %), les services préhospitaliers d'urgence (22 %) et les organismes communautaires (19 %), les suivis de l'Agence (17 %) et les ressources en toxicomanie ou jeu pathologique (2 %).

Les 58 plaintes conclues cumulaient 108 motifs d'insatisfaction invoqués par les usagers ou leurs représentants. Parmi ces motifs, 95 ont été retenus pour examen. De ce nombre, 42 ont fait l'objet de 71 mesures correctives, dont 28 en lien avec un engagement de l'organisation visée et 43 recommandations du commissaire régional. Toutes les mesures correctives ont été implantées ou étaient en cours d'implantation par l'organisation visée au 31 mars 2011.

En 2011-2012, le commissaire régional a reçu 65 signalements de la part de la population ou des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, dont 22 ont fait l'objet d'une intervention auprès de l'organisation visée. Les interventions conclues (22) en 2011-2012 concernaient presque exclusivement les résidences pour personnes âgées (20), suivies des organismes communautaires (1) et de l'Agence (1).

Les 22 interventions conclues cumulaient 57 motifs d'insatisfaction. Tous les motifs ont été retenus pour examen (57). De ce nombre, 29 ont fait l'objet de 36 mesures correctives en lien avec un engagement de l'organisation visée (20) ou d'une recommandation du commissaire régional ou de son substitut (16). Les mesures correctives ont toutes été implantées par l'organisation visée par le signalement.

Conformément à son mandat, le bureau du commissaire régional a répondu à 291 demandes d'assistance (soutien à une démarche) et à 21 demandes de consultation (avis) de la part des commissaires locaux, du Protecteur du citoyen et des partenaires du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des suivis.

PARTIE I

COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET MÉDECINS EXAMINATEURS DES ÉTABLISSEMENTS

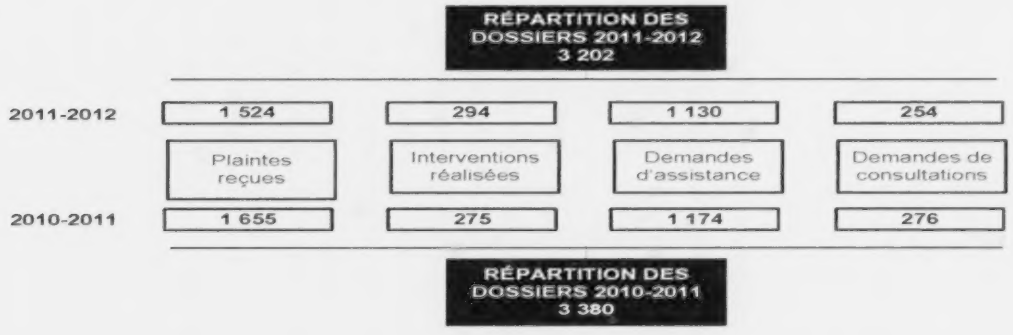
INTRODUCTION

Selon l'article 76.12 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le rapport annuel 2011-2012 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services produit par chacune des agences doit faire état de l'ensemble des rapports soumis par les établissements de la région (voir l'annexe I).

En 2011-2012, les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services et les médecins examinateurs des établissements de la région ont reçu 1 524 nouvelles plaintes formulées par les usagers ou leurs représentants. Les commissaires locaux ont ouvert 294 dossiers d'intervention à la suite du signalement d'un usager, d'un citoyen, d'un intervenant ou encore de leur propre initiative. Ils ont répondu à 1 130 demandes d'assistance d'usagers ou de citoyens. Ils ont également donné leur avis au sujet de 254 demandes de consultation sur le régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services.

Seulement deux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) n'ont déclaré aucune plainte ni aucune intervention et n'ont réalisé aucune assistance en 2011-2012 (voir l'annexe I).

Ainsi, en 2011-2012, les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements de la région ont ouvert 3 202 nouveaux dossiers dans le Système d'information sur la gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS), comparativement à 3 380 en 2010-2011 et à 3 190 en 2009-2010.



1.1 PLAINTES TRAITÉES

En 2011-2012, 1 660 plaintes d'usagers ou de leurs représentants ont été traitées par les commissaires locaux (87 %) et les médecins examinateurs (13 %). De ce nombre, 1 524 avaient été déposées durant l'année 2011-2012 et 136 étaient en cours de traitement au 1er avril 2011. Des 1 660 plaintes traitées en 2011-2012, 1 543 ont été conclues et 117 étaient en cours de traitement au 31 mars 2012 (voir le tableau 1.1). Sur l'ensemble des plaintes traitées, 80 ont été transférées en deuxième instance.

Les 1 524 plaintes reçues en 2011-2012 constituent une diminution par rapport aux données des 3 dernières années, soit une diminution de 8 % par rapport aux données de l'année précédente (1 655), de 3 % comparativement à 2009-2010 (1 579), et de 4 % par rapport à 2008-2009 (1 593). La diminution observée (-99) en 2011-2012 est attribuable principalement

aux plaintes reçues par les commissaires locaux et, dans une moindre mesure (-32), par les médecins examinateurs.

On dénombre 1 543 plaintes conclues en 2011-2012. Il s'agit de 81 plaintes de moins que l'année précédente (1 624). L'année 2011-2012 se classe au quatrième rang en importance pour les plaintes conclues depuis les 5 dernières années.

En 2011-2012, 93 % du nombre total (1 660) de plaintes à traiter a été conclu (1 543) en cours d'année, comparativement à 92 % l'année précédente, à 94 % en 2009-2010, et à 93 % en 2008-2009.

TABLEAU 1.1
Nombre de plaintes traitées, selon le statut, le responsable et l'année

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE	TRANSMISES EN DEUXIÈME INSTANCE
COMMISSAIRES LOCAUX						
2011-2012	98	1344	1 442	1360	82	57
2010-2011	81	1 443	1 524	1 426	98	32
2009-2010	91	1 385	1 476	1 396	81	27
2008-2009	136	1 366	1 502	1 417	91	25
MÉDECINS EXAMINATEURS						
2011-2012	38	180	218	183	35	23
2010-2011	20	212	232	198	34	8
2009-2010	40	194	234	214	20	25
2008-2009	43	227	270	231	40	30
TOTAL						
2011-2012	136	1 524	1 660	1 543	117	80
2010-2011	101	1 655	1 756	1 624	132	40
2009-2010	131	1 579	1 710	1 610	100	52
2008-2009	179	1 593	1 772	1 648	131	55

1.1.1 PLAINTES EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT ET À LA FIN DE L'EXERCICE

Des 136 plaintes en cours d'examen au début de l'exercice financier 2011-2012, 72 % (98) avaient été adressées aux commissaires locaux et 28 % (38) aux médecins examinateurs (voir le tableau 1.1). Du côté des commissaires, les plaintes en cours de traitement concernaient principalement les missions des CHSGS (60 %) et CLSC (24 %) et, dans une plus faible proportion, les autres missions, à l'exception de la mission CRPAT (voir l'annexe II pour connaître la signification des sigles et acronymes). Chez les médecins examinateurs, les plaintes en cours d'examen concernaient presque exclusivement la mission des CHSGS (94 %) (voir le tableau 1.2).

À la fin de l'exercice financier 2011-2012, les 117 plaintes en cours d'examen se trouvaient chez les commissaires locaux à 70 %, et à 30 % chez les médecins examinateurs (voir le tableau 1.2). Chez les commissaires locaux, les plaintes en cours de traitement concernaient principalement les missions des CHSGS (61 %) et CLSC (18 %) et, dans une plus faible proportion, les autres missions, à l'exception des missions des CRPAT et CPEJ.

Chez les médecins examinateurs, les plaintes en cours d'examen sont concentrées presque exclusivement (94 %) dans la mission des CHSGS (voir le tableau 1.2).

TABLEAU 1.2
Nombre et pourcentage de plaintes en cours d'examen au début et à la fin de l'exercice 2011-2012, selon le responsable et la mission* des établissements

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	COMMISSAIRES LOCAUX				MÉDECINS EXAMINATEURS			
	AU DÉBUT DE L'EXERCICE		À LA FIN DE L'EXERCICE		AU DÉBUT DE L'EXERCICE		À LA FIN DE L'EXERCICE	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
CLSC	23	24 %	15	18 %	1	3 %	1	3 %
CHSGS	59	60 %	50	61 %	36	94 %	33	94 %
CHSP	4	4 %	7	8 %	1	3 %	0	0 %
CHSLD	7	7 %	4	5 %	0	0 %	1	3 %
CPEJ	2	2 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
CRDI-TED	2	2 %	3	4 %	0	0 %	0	0 %
CRPAT	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
CRDP	1	1 %	3	4 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	**98**	**100 %**	**82**	**100 %**	**38**	**100 %**	**35**	**100 %**

* Voir l'annexe II pour connaître la signification des sigles et acronymes.

1.1.2 PLAINTES REÇUES

Les 1 522 plaintes reçues en 2011-2012 concernaient principalement les CHSGS (56 %), les CLSC (21 %), le CHSP-Institut universitaire en santé mentale de Québec (10 %) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (6 %) (voir le tableau 1.3). Cette situation est semblable à celle des 3 dernières années. Chez les médecins examinateurs, les plaintes reçues portaient principalement sur les CHSGS (88 %), reflétant ainsi la concentration des soins médicaux requis par les usagers.

TABLEAU 1.3
Nombre* et pourcentage de plaintes reçues en 2011-2012, selon le responsable et la mission des établissements

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
CLSC	311	23 %	8	4 %	319	21 %
CHSGS	706	53 %	158	88 %	864	56,5 %
CHSP	142	10,5 %	10	6 %	152	10 %
CHSLD	89	7 %	2	1 %	91	6 %
CPEJ	33	2 %	0	0 %	33	2 %
CRDI-TED	14	1 %	0	0 %	14	1 %
CRPAT	7	0,5 %	0	0 %	7	0,5 %
CRDP	40	3 %	2	1 %	42	3 %
TOTAL	**1 342***	**100 %**	**180**	**100 %**	**1 522**	**100 %**

*SIGPAQS inscrit 2 plaintes de moins pour les commissaires locaux quand les données sont ventilées par mission.

1.1.3 PLAINTES CONCLUES

Les 1 543 plaintes conclues avaient été déposées par 1 563 auteurs. Une plainte peut être formulée par plus d'une personne. Ces auteurs étaient les usagers eux-mêmes dans 65 % des cas, 24 % étaient des représentants des usagers, et 11 % étaient des tiers (voir le tableau 1.4). Cette situation est relativement semblable à celle observée l'année précédente et se distingue de celle des années 2009-2010 et 2008-2009 par une plus forte représentation des tiers comme auteurs de la plainte.

Quand il s'agit d'une plainte à caractère médical, on retrouve une plus grande proportion de plaintes soumises par un tiers (18 %), comparativement aux commissaires locaux (10 %), alors qu'en ce qui a trait aux plaintes traitées par ces derniers, ce sont les représentants qui se retrouvent en plus grande proportion (25 %), comparativement aux médecins examinateurs (16 %), toute chose étant égale par ailleurs.

TABLEAU 1.4
Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le responsable et l'auteur

ANNÉE	USAGER		REPRÉSENTANT		TIERS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
COMMISSAIRES LOCAUX								
2011-2012	889	65 %	348	25 %	141	10 %	1 378	100 %
2010-2011	958	67 %	332	23 %	145	10 %	1 435	100 %
2009-2010	977	70 %	329	23 %	99	7 %	1 405	100 %
2008-2009	986	70 %	347	24 %	87	6 %	1 420	100 %
MÉDECINS EXAMINATEURS								
2011-2012	122	66 %	30	16 %	33	18 %	185	100 %
2010-2011	125	62,5 %	30	15 %	45	22,5 %	200	100 %
2009-2010	134	62 %	62	28 %	21	10 %	217	100 %
2008-2009	150	65 %	57	24 %	25	11 %	232	100 %
TOTAL								
2011-2012	1 011	65 %	378	24 %	174	11 %	1 563	100 %
2010-2011	1 083	66 %	362	22 %	190	12 %	1 635	100 %
2009-2010	1 111	69 %	391	24 %	120	7 %	1 622	100 %
2008-2009	1 136	69 %	404	25 %	112	6 %	1 652	100 %

Comme l'illustre le tableau 1.5, l'ensemble des missions a totalisé une baisse de 83 plaintes conclues en 2011-2012, comparativement à 2010-2011. Cette diminution est attribuable principalement à la mission des CHSGS, qui enregistre une baisse de 16 % (-166) par rapport à l'année précédente, suivie des missions des CHSLD (-20), CR (-19) et CJ (-18). Ces réductions ont été toutefois compensées par une hausse relativement importante (122) du nombre de plaintes pour la mission des CLSC (60 %) et, dans une moindre importance (18), pour la mission du CHSP (14 %).

TABLEAU 1.5
Nombre* de l'ensemble des plaintes conclues, selon l'année et la mission des établissements

ANNÉE	CHSGS	CHSP	CLSC	CHSLD	CJ	CR	TOTAL
2011-2012	876	150	327	93	35	60	1 541*
2010-2011	1 042	132	205	113	53	79	1 624
2009-2010	1 014	173	196	99	63	65	1 610
2008-2009	1 041	111	252	104	70	70	1 648
2007-2008	919	63	217	105	66	57	1 427

*SIGPAQS inscrit 2 plaintes de moins pour les commissaires locaux quand les données sont ventilées par mission.

Les 1 541 plaintes conclues en 2011-2012 concernaient principalement, à l'instar des plaintes reçues, les missions des CHSGS (57 %), des CLSC (21 %), du CHSP-Institut universitaire en santé mentale de Québec (10 %) et des CHSLD (6 %) (voir le tableau 1.6). Cette situation est semblable à celle des années précédentes sous l'angle du rang occupé par les missions. Elle est toutefois différente en raison de la plus grande proportion des plaintes déposées à l'endroit de la mission des CLSC (21 %), comparativement à l'année précédente (13 %). Chez les commissaires locaux, les plaintes conclues touchaient l'ensemble des missions, alors que chez les médecins examinateurs, les plaintes concernaient principalement (88 %) la mission des CHSGS (voir le tableau 1.6).

TABLEAU 1.6
Nombre* et pourcentage de plaintes conclues* en 2011-2012, selon le responsable et la mission des établissements

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
CLSC	319	23 %	8	4,5 %	327	21 %
CHSGS	715	53 %	161	88 %	876	57 %
CHSP	139	10 %	11	6 %	150	10 %
CHSLD	92	7 %	1	0,5 %	93	6 %
CPEJ	35	2,5 %	0	0 %	35	2 %
CRDI-TED	13	1 %	0	0 %	13	1 %
CRPAT	7	0,5 %	0	0 %	7	0,5 %
CRDP	38	3 %	2	1 %	40	2,5 %
TOTAL	**1 358**	**100 %**	**183**	**100 %**	**1 541**	**100 %**

* SIGPAQS inscrit 2 plaintes de moins pour les commissaires locaux quand les données sont ventilées par mission.

1.1.4 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES

Les 1 989 motifs de plaintes traités par les commissaires locaux et les médecins examinateurs en 2011-2012 présentent une faible diminution de 1,7 % (34) par rapport aux données de l'année antérieure. L'année 2011-2012 se classe au troisième rang en importance pour le nombre de motifs traités depuis 2008-2009.

TABLEAU 1.7
Nombre de motifs pour l'ensemble des plaintes conclues, selon l'année

ANNÉE	MOTIFS DE PLAINTES	ÉCART
2011-2012	**1 989**	**↓ 1,7 %**
2010-2011	2 023	↓ 0,4 %
2009-2010	2 032	↑ 4 %
2008-2009	1 956	↑ 9 %

Les 1 543 plaintes conclues en 2011-2012 par les établissements cumulaient 1 989 motifs de plaintes, soit une moyenne de 1,29 motif par plainte, comparativement à 1,24 motif en 2010-2011, à 1,26 motif en 2009-2010 et à 1,8 motif en 2008-2009. Chez les commissaires locaux, la moyenne de motifs par plainte (1,29) a été plus élevée que celle observée (1,21) chez les médecins examinateurs.

Les 1 989 motifs de plaintes se concentraient, dans une proportion de 89 %, dans 4 catégories : les soins et les services offerts (34 %), l'accessibilité et la continuité des services (23 %), les relations interpersonnelles (22 %) et l'organisation du milieu ou le matériel (10 %). Cette situation est relativement semblable à celle de l'année précédente (88 %) et identique à celle de l'année 2009-2010 (89 %), alors que les motifs de plaintes se regroupaient dans ces mêmes catégories (voir le tableau 1.8).

TABLEAU 1.8
Nombre et pourcentage de motifs pour l'ensemble des plaintes conclues, selon la catégorie des motifs et l'année

CATÉGORIES DES MOTIFS	NOMBRE ET POURCENTAGE DE MOTIFS					
	2011-2012		2010-2011		2009-2010	
Relations interpersonnelles	430	22 %	450	22,2 %	487	24 %
Soins et services offerts	677	34 %	648	32 %	673	33,1 %
Accessibilité et continuité	468	23,5 %	470	23,2 %	408	20 %
Organisation milieu/matériel	196	10 %	225	11 %	251	12,4 %
Aspect financier	101	5 %	95	5 %	80	4 %
Droits particuliers	105	5 %	130	6,4 %	128	6,3 %
Autres	12	0,5 %	5	0,2 %	5	0,2 %
TOTAL	**1 989**	**100 %**	**2 023**	**100 %**	**2 032**	**100 %**

Les données du tableau 1.9 font ressortir une concentration plus ou moins forte des motifs de plaintes selon que les plaintes ont été soumises aux commissaires locaux ou aux médecins examinateurs.

En effet, les motifs des plaintes traitées par les médecins examinateurs sont concentrés, dans une proportion de 90 %, dans 2 catégories : soins et services offerts (61 %) et relations interpersonnelles (29 %). Chez les commissaires locaux, 77 % des motifs de plaintes se retrouvaient dans 3 catégories : soins et services offerts (30 %), accessibilité et continuité (26 %) et relations interpersonnelles (21 %). Cette répartition est semblable à celle observée au cours des 2 années précédentes.

TABLEAU 1.9
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2011-2012, selon le responsable et la catégorie de motifs

CATÉGORIES DE MOTIFS	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	366	21 %	64	29 %	430	22 %
Soins et services offerts	540	30 %	137	61 %	677	34 %
Accessibilité et continuité	461	26 %	7	3 %	468	23,5 %
Organisation milieu/matériel	195	11 %	1	0,5 %	196	10 %
Aspect financier	100	6 %	1	0,5 %	101	5 %
Droits particuliers	97	5,5 %	8	4 %	105	5 %
Autres	8	0,5 %	4	2 %	12	0,5 %
TOTAL	1 767	100 %	222	100 %	1 989	100 %

Parmi les motifs de plaintes, seulement 13 % (250) n'ont pas été complètement traités par les commissaires locaux et les médecins examinateurs (voir le tableau 1.10). Ce pourcentage représente une légère diminution par rapport aux données de l'année précédente (14 %), mais une augmentation comparativement à 2009-2010 (11 %) et à 2008-2009 (9 %).

En 2011-2012, la proportion des motifs des plaintes dont le traitement n'a pas été complété par les médecins examinateurs a été de 15 % (34/222), alors qu'elle a été de 12 % chez les commissaires locaux (216/1 767) (voir le tableau 1.10). Chez les médecins examinateurs, les motifs des plaintes dont le traitement n'a pas été complété se retrouvaient principalement dans 2 catégories : soins et services offerts (67 %) et relations interpersonnelles (15 %). Chez les commissaires locaux, les motifs des plaintes dont le traitement n'a pas été complété se répartissaient dans l'ensemble des catégories, avec une prédominance dans les catégories des soins et services offerts (45 %) et des relations interpersonnelles (23 %).

Parmi les motifs de plaintes dont le traitement n'a pas été complété (250), dans 33 % (82) des cas, la plainte a été abandonnée par l'usager ou par son représentant; 37 % (92) des motifs ont été rejetés sur examen sommaire et 30 % (76) des usagers ont vu le traitement de leur plainte refusé ou interrompu en cours d'examen (voir le tableau 1.11). Avec une proportion de 32 % (70/216) de motifs de plaintes refusés ou dont le traitement a été interrompu en cours d'examen, les commissaires locaux se distinguent des médecins examinateurs par le fait que ces derniers ont rejeté seulement 18 % (6/34) des motifs de plaintes. Par contre, on observe une plus grande proportion (56 %) des motifs de plaintes abandonnés par l'usager lorsque le dossier est traité par les médecins examinateurs (19/34), comparativement aux motifs de plaintes abandonnés (29 %) lorsque le dossier de l'usager est traité par les commissaires locaux (63/216).

TABLEAU 1.10
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2011-2012, selon le responsable les catégories de motifs et le stade de traitement

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ		TRAITEMENT COMPLÉTÉ		TOTAL DES MOTIFS	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
COMMISSAIRES LOCAUX						
Relations interpersonnelles	51	23 %	315	20 %	366	21 %
Soins et services offerts	97	45 %	443	29 %	540	30 %
Accessibilité et continuité	32	15 %	429	28 %	461	26 %
Organisation milieu/matériel	17	8 %	178	11 %	195	11 %
Aspect financier	5	2 %	95	6 %	100	6 %
Droits particuliers	7	3 %	90	5,9 %	97	5,5 %
Autres	7	3 %	1	0,1 %	0	0,5 %
SOUS-TOTAL	**216**	**100 %**	**1 551**	**100 %**	**1 767**	**100 %**
MÉDECINS EXAMINATEURS						
Relations interpersonnelles	5	15 %	59	31 %	64	29 %
Soins et services offerts	23	67 %	114	60,5 %	137	61 %
Accessibilité et continuité	0	0 %	7	4 %	7	3 %
Organisation milieu/matériel	0	0 %	1	0,5 %	1	0,5 %
Aspect financier	0	0 %	1	0,5 %	1	0,5 %
Droits particuliers	3	9 %	5	3 %	8	4 %
Autres	3	9 %	1	0,5 %	4	2 %
SOUS-TOTAL	**34**	**100 %**	**188**	**100 %**	**222**	**100 %**
TOTAL	**250**	**100 %**	**1 739**	**100 %**	**1 989**	**100 %**

En 2011-2012, sur l'ensemble des motifs de plaintes dont le traitement a été complété (1 739), par les commissaires locaux et les médecins examinateurs, 58 % (1 003) n'ont fait l'objet d'aucune mesure corrective et 42 % (736) ont donné lieu à des mesures correctives (voir le tableau 1.11). Cette répartition est relativement semblable à celle observée au cours des 3 dernières années. Dans certains cas, l'absence de mesures correctives s'explique par le fait que le problème à l'origine de la plainte a été résolu en cours de traitement ou parce que le motif de la plainte n'était pas valable.

Les médecins examinateurs ont enregistré une proportion (68 %) plus élevée de motifs de plaintes (127/188) dont le traitement n'a donné lieu à aucune mesure corrective, comparativement (56 %) aux commissaires locaux (876/1 551). Cette situation était également observée lors des 2 dernières années.

Parmi les motifs de plaintes dont le traitement a été complété, c'est relativement du côté de l'accessibilité et de la continuité des services (35 %) ainsi que des soins et des services offerts (26 %) qu'on trouve les plus fortes proportions de motifs n'ayant entraîné aucune mesure corrective de la part des commissaires locaux. Chez les médecins examinateurs, c'est

principalement le motif des soins et des services offerts qui affiche la plus forte proportion de motifs n'ayant entraîné aucune mesure corrective (65 %).

TABLEAU 1.11
Nombre de motifs pour les plaintes conclues en 2011-2012, selon le responsable, les catégories de motifs et les catégories de traitement

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ			TRAITEMENT COMPLÉTÉ		TOTAL
	REJETÉ SUR EXAMEN SOMMAIRE	ABANDONNÉ PAR L'USAGER	REFUSÉ ET INTERROMPU	SANS MESURE CORRECTIVE	AVEC MESURES CORRECTIVES	
COMMISSAIRES LOCAUX						
Relations interpersonnelles	17	17	17	145	170	366
Soins et services offerts	46	25	26	225	218	540
Accessibilité et continuité	7	13	12	304	125	461
Organisation milieu/matériel	6	5	6	91	87	195
Aspect financier	2	0	3	57	38	100
Droits particuliers	0	3	4	53	37	97
Autres	5	0	2	1	0	8
SOUS-TOTAL	**83**	**63**	**70**	**876**	**675**	**1 767**
	216			1 551		
MÉDECINS EXAMINATEURS						
Relations interpersonnelles	1	4	0	35	24	64
Soins et services offerts	5	14	4	83	31	137
Accessibilité et continuité	0	0	0	5	2	7
Organisation milieu/matériel	0	0	0	1	0	1
Aspect financier	0	0	0	0	1	1
Droits particuliers	2	1	0	2	3	8
Autres	1	0	2	1	0	4
SOUS-TOTAL	**9**	**19**	**6**	**127**	**61**	**222**
	34			188		
TOTAL	**92**	**82**	**76**	**1 003**	**736**	**1 989**
	250			1 739		

1.1.5 MESURES CORRECTIVES DES PLAINTES CONCLUES

Les commissaires locaux et les médecins examinateurs ont proposé aux organisations concernées 792 mesures correctives ou recommandations pour répondre aux 736 motifs de plaintes ayant justifié de telles mesures. Cela représente un rapport de 1,07 mesure par motif de plaintes. Ce dernier rapport a légèrement diminué comparativement à celui de l'année précédente (1,12). Il était égal à celui de l'année 2009-2010 (1,07), mais supérieur à celui de 2008-2009 (1,04).

1.1.5.1 COMMISSAIRES LOCAUX

Afin d'améliorer la qualité des services, les commissaires locaux ont proposé 728 mesures correctives pour répondre aux 675 motifs d'insatisfaction dont le traitement a mené à des mesures (voir le tableau 1.12). La majorité (52 %) des mesures correctives avaient une portée globale, c'est-à-dire qu'elles visaient l'amélioration du service à la clientèle dans son ensemble, alors que 48 % visaient à résoudre un problème propre au plaignant (voir le tableau 1.12). Cette répartition est semblable à celle observée au cours des années précédentes.

Les mesures correctives à portée individuelle (348) répondaient principalement à des motifs de plaintes associés aux relations interpersonnelles (37 %), aux soins et aux services offerts (29 %) ainsi qu'à l'accessibilité et à la continuité des soins (12 %). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés se concentraient dans 2 catégories : l'adaptation des soins et des services aux besoins particuliers des personnes (42 %) et la sensibilisation ou la formation des intervenants (31 %).

Quant aux mesures correctives à portée globale (380), elles avaient pour objectifs principaux de résoudre des problèmes associés aux soins et aux services offerts (36 %) ainsi qu'à l'accessibilité et à la continuité des soins (25 %) et de résoudre aussi des problèmes liés à l'organisation du milieu (15 %) et aux relations interpersonnelles (14 %). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés concernaient principalement l'adaptation des soins et des services pour une catégorie d'usagers (63 %) et, dans une même proportion (11 %), l'adaptation des règles et des procédures ainsi que l'adaptation du milieu.

Par ailleurs, les commissaires locaux ont soumis, comme au cours de l'année précédente, 11 dossiers de plaintes aux directions concernées des établissements afin que les motifs soient examinés et, le cas échéant, que les mesures disciplinaires appropriées soient appliquées chez l'employé concerné par la plainte. En 2009-2010, 12 motifs ont fait l'objet d'une telle référence.

TABLEAU 1.12
Nombre de mesures correctives pour les plaintes conclues par les commissaires locaux en 2011-2012, selon la catégorie de motifs

CATÉGORIE DES MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIE DES MOTIFS							TOTAL	
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES OFFERTS	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION DU MILIEU ET MATÉRIEL	ASPECT FINANCIER	DROITS PARTICULIERS	AUTRES		
PORTÉE INDIVIDUELLE : 48 % (348)									
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins et services	60	55	16	6	4	4	0	145	42 %
Adaptation milieu et matériel	1	2	2	18	0	0	0	23	7 %
Ajustement financier	0	1	0	3	25	0	0	29	8,3 %
Conciliation et médiation	2	0	6	0	0	0	0	8	2 %
Sensibilisation intervenant	61	31	6	6	0	4	0	108	31 %
Obtention des services	1	11	11	1	0	1	0	25	7 %
Respect des droits	1	0	0	1	0	3	0	5	1,4 %
Respect du choix	0	0	1	0	0	0	0	1	0,3 %
Autres	2	2	0	0	0	0	0	4	1 %
SOUS-TOTAL	128	102	42	35	29	12	0	348	100 %
PORTÉE GLOBALE : 52 % (380)									
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins et services	43	85	71	18	7	15	0	239	63 %
Adaptation milieu et matériel	1	1	8	30	1	1	0	42	11 %
Adoption règles et procédures	3	16	13	4	2	6	0	44	11,4 %
Promotion du régime	1	0	0	0	0	0	0	1	0,2 %
Communication et promotion	6	18	1	4	0	4	0	33	9 %
Formation et supervision	0	15	1	0	0	2	0	18	4,7 %
Respect des droits	0	1	0	1	0	0	0	2	0,5 %
Autres	0	0	1	0	0	0	0	1	0,2 %
SOUS-TOTAL	54	136	95	57	10	28	0	380	100 %
TOTAL	182	238	137	92	39	40	0	728	100 %

1.5.2 MÉDECINS EXAMINATEURS

Les médecins examinateurs ont proposé 64 mesures pour répondre aux 61 motifs d'insatisfaction dont le traitement a été complété en menant à une mesure corrective (voir le tableau 1.13). Contrairement aux mesures correctives proposées par les commissaires locaux, la très grande majorité (67 %) des mesures correctives des médecins examinateurs était de portée individuelle, alors que 32 % étaient de portée globale. Cette tendance s'observe au fil des ans.

TABLEAU 1.13
Nombre de mesures correctives pour les plaintes conclues par les médecins examinateurs en 2011-2012, selon la catégorie de motifs

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIES DE MOTIFS						TOTAL	
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES OFFERTS	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION DU MILIEU ET MATÉRIEL	ASPECT FINANCIER	DROITS PARTICULIERS		
PORTÉE INDIVIDUELLE : 67 % (43)								
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins/services	5	11	0	0	0	0	16	37 %
Conciliation et médiation	3	0	0	0	0	0	3	7 %
Sensibilisation intervenant	11	9	0	0	0	2	22	51 %
Ajustement financier	0	0	0	0	1	0	1	2,5 %
Autres	0	1	0	0	0	0	1	2,5 %
SOUS-TOTAL	19	21	0	0	1	2	43	100 %
À PORTÉE GLOBALE : 32 % (21)								
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins/services	3	11	2	0	0	0	16	76 %
Adoption règles/procédures	0	2	0	0	0	0	2	10 %
Communication et promotion	2	0	0	0	0	1	3	14 %
SOUS-TOTAL	5	13	2	0	0	1	21	100 %
TOTAL	24	34	2	0	1	3	64	100 %

Les mesures correctives à portée individuelle (43) visaient principalement à répondre à des motifs de plaintes associés aux soins et aux services offerts (49 %) et aux relations interpersonnelles (44 %). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés se concentraient dans 2 catégories : la sensibilisation ou la formation des intervenants (51 %) et l'adaptation des soins et des services offerts aux besoins particuliers des personnes (37 %).

Quant aux mesures correctives à portée globale (21), elles avaient pour objectif principal de résoudre des problèmes associés aux soins et aux services pour un groupe d'usagers (62 %) et

aux relations interpersonnelles (24 %). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés concernaient très majoritairement (76 %) l'adaptation des soins et des services offerts pour une catégorie d'usagers, suivie des mesures en lien avec l'amélioration de la communication (14 %) et l'adaptation des règles et des procédures, tant administratives que cliniques (10 %).

Par ailleurs, les médecins examinateurs ont soumis 3 dossiers de plaintes au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) des établissements afin que les motifs soient examinés et, le cas échéant, que les mesures disciplinaires appropriées soient appliquées. En 2010-2011, 5 dossiers de plaintes ont été acheminés au CMDP des établissements.

1.1.6 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES

Le délai prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour transmettre les conclusions du traitement d'une plainte a été fixé à 45 jours.

En 2011-2012, 82 % (1 264) des plaintes conclues (1 543) par les établissements l'ont été dans les 45 jours prévus par le régime d'examen des plaintes, ce qui représente une légère diminution par rapport au délai observé l'année précédente (83 %), mais une amélioration comparativement à 2009-2010 (81 %) et à 2008-2009 (77 %).

Dans une proportion de 86,41 % (1 175), les commissaires locaux ont conclu les plaintes à l'intérieur de 45 jours; 13,16 % de ces plaintes (179) ont été conclues entre le 46e et le 180e jour, et 0,44 % (6), après 181 jours.

De leur côté, les médecins examinateurs ont émis leurs conclusions dans un délai de 45 jours dans une proportion de 48,63 % (89); 44,27 % (81) des conclusions ont été transmises entre le 46e et le 180e jour, et 7,10 % (13), après 181 jours (voir le tableau 1.14).

TABLEAU 1.14
Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) en 2011-2012

DÉLAI DE TRAITEMENT	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
3 jours et moins	268	19,71 %	10	5,46 %
4 à 15 jours	320	23,53 %	15	8,20 %
16 à 30 jours	282	20,74 %	33	18,03 %
31 à 45 jours	305	22,43 %	31	16,94 %
SOUS-TOTAL	1 175	86,41 %	89	48,63 %
46 à 60 jours	68	5,00 %	31	16,94 %
61 à 90 jours	58	4,26 %	32	17,49 %
91 à 180 jours	53	3,90 %	18	9,84 %
181 jours et plus	6	0,44 %	13	7,10 %
SOUS-TOTAL	185	13,60 %	94	51,37 %
TOTAL	1 360	100 %	183	100 %

1.1.7 PLAINTES SOUMISES EN DEUXIÈME INSTANCE

Les dispositions du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité permettent aux citoyens de porter leur plainte en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen, pour une plainte adressée au commissaire local, et au comité de révision de l'établissement, pour une plainte analysée par le médecin examinateur.

En 2011-2012, 80 plaintes ont été transférées en deuxième instance, ce qui représente le double de l'année précédente (40) et une augmentation relativement importante par rapport aux 52 plaintes de 2009-2010 et aux 55 plaintes de 2008-2009.

PROTECTEUR DU CITOYEN

L'auteur d'une plainte peut transférer sa plainte au Protecteur du citoyen lorsque le commissaire local de l'établissement n'a pas transmis ses conclusions dans le délai de 45 jours alloués pour la traiter ou lorsqu'il est en désaccord avec les conclusions ou les recommandations du commissaire.

En 2011-2012, 57 plaintes traitées par les commissaires locaux ont été transférées au Protecteur du citoyen, comparativement à 32 l'année précédente, à 27 en 2009-2010, à 25 en 2008-2009, et à 30 en 2007-2008.

Les 57 plaintes acheminées au Protecteur du citoyen cumulaient 81 motifs d'insatisfaction (voir le tableau 1.15), soit 4 % de l'ensemble des motifs (1 767) des plaintes conclues par les commissaires. Cette proportion était de 3 % l'année précédente et de 2 % en 2009-2010 et 2008-2009. Les motifs des plaintes transférées en deuxième instance se répartissent dans l'ensemble des catégories, avec une prédominance des motifs liés aux soins et services offerts (41 %), aux aspects financiers (21 %) et aux relations interpersonnelles (15 %).

TABLEAU 1.15
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2011-2012 et transmises en deuxième instance, selon le responsable et la catégorie de motifs

CATÉGORIES DE MOTIFS	PROTECTEUR DU CITOYEN		COMITÉ DE RÉVISION		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	12	15 %	6	18 %	18	16 %
Soins et services offerts	33	41 %	26	79 %	60	52 %
Accessibilité et continuité	9	11 %	1	3 %	10	9 %
Organisation milieu et matériel	5	6 %	0	0 %	5	4 %
Aspect financier	17	21 %	0	0 %	17	15 %
Droits particuliers	5	6 %	0	0 %	5	4 %
Autres	0	0 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	**81**	**100 %**	**33**	**100 %**	**115**	**100 %**

COMITÉ DE RÉVISION DE L'ÉTABLISSEMENT

Si la conclusion du médecin examinateur n'est pas satisfaisante pour l'auteur de la plainte, ce dernier a 60 jours pour soumettre sa plainte au comité de révision désigné par le conseil d'administration de l'établissement. Le comité de révision doit rendre une décision motivée et finale dans un délai de 60 jours.

En 2011-2012, 24 plaintes d'usagers ou de leurs représentants ont été traitées par le comité de révision des établissements de la région. De ce nombre, 23 ont été reçues durant l'année 2011-2012 et une était en cours de traitement au 1er avril 2011. Des 24 plaintes traitées en 2011-2012, 22 ont été conclues et 2 était en cours de traitement au 31 mars 2012 (voir le tableau 1.16).

TABLEAU 1.16
Nombre de plaintes traitées par les comités de révision, selon le statut et l'année

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
2011-2012	1	23	24	22	2
2010-2011	7	8	15	14	1
2009-2010	5	22	27	20	7

Parmi les plaintes conclues (22) par le comité de révision des établissements en 2011-2012, plus des trois quarts (87 %) concernaient la mission des CHSGS, 9 % concernaient la mission du CHSP et 4 %, la mission des CLSC.

Les plaintes transférées au comité de révision des établissements (22) provenaient majoritairement (55 %) des usagers, suivis des tiers (27 %) et des représentants de l'usager (18 %).

Des 222 motifs de plaintes conclues par les médecins examinateurs, 33 ont été transférés pour analyse aux comités de révision (voir le tableau 1.15), ce qui représente une proportion de 15 %, comparativement à 8 % l'année précédente, 11 % en 2009-2010, et 14 % en 2008-2009. Les motifs des plaintes transférées se retrouvaient presque en totalité (97 %) dans 2 catégories : soins et services offerts (79 %) et relations interpersonnelles (18 %).

On dénombre 5 mesures correctives formulées par les comités de révision des établissements en lien avec les 33 motifs de plaintes des usagers ou de leurs représentants. L'année précédente, aucune mesure n'avait été formulée, alors qu'en 2009-2010, on observait 2 mesures correctives.

On observe que 40,91 % des plaintes traitées par le comité de révision des établissements ont été conclues à l'intérieur des 60 jours prévus par le régime d'examen des plaintes (voir le tableau 1.17), comparativement à 35,71 % l'année précédente.

TABLEAU 1.17
Nombre et pourcentage de plaintes conclues par les comités de révision, selon le délai de traitement (en jours) et l'année

DÉLAI DE TRAITEMENT	2011-2012		2010-2011	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
60 jours et moins	9	40,91 %	5	35,71 %
61 à 90 jours	7	31,82 %	1	7,14 %
91 à 180 jours	4	18,18 %	2	14,29 %
181 jours et plus	2	9,09 %	6	42,86 %
TOTAL	22	100 %	14	100 %

1.2 INTERVENTIONS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) prévoit, au paragraphe 7 de l'article 66, que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services « intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés ».

En 2011-2012, 311 interventions ont été traitées par les commissaires locaux à la suite du signalement d'un usager, de son représentant ou d'une tierce personne. De ce nombre, 294 ont été déposées durant l'année 2011-2012 et 17 étaient en cours de traitement au 1er avril 2011. Des 311 interventions à traiter en 2011-2012, 278 ont été conclues et 33 étaient en cours de traitement au 31 mars 2012 (voir le tableau 1.18).

TABLEAU 1.18
Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon leur statut et l'année

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	EXAMINÉES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
2011-2012	17	294	311	278	33
2010-2011	14*	275	289	270	19
2009-2010	23	237	260	145	15
2008-2009	13	163	176	153	23
2007-2008	12	102	111	98	13

Les 294 interventions examinées en 2011-2012 représentaient une augmentation de 7 %, soit 19 interventions de plus par rapport à l'année précédente (275). Depuis 2007-2008, on observe une importante augmentation du nombre d'interventions. Cette hausse est probablement attribuable à une meilleure connaissance du régime d'examen des plaintes de la part des usagers, de leurs représentants et de tierces personnes. Ces derniers n'hésitent plus à signaler aux commissaires locaux des situations qu'ils jugent inacceptables de leur point de vue.

1.2.1 INTERVENTIONS CONCLUES

En 2011-2012, 278 interventions ont été conclues par les commissaires locaux, soit 3 % de plus que l'année précédente, où il y avait eu 270 interventions conclues.

Des 278 interventions conclues, 91 % faisaient suite au signalement d'un usager, d'un représentant de ce dernier ou d'une tierce personne. De leur propre initiative, les commissaires sont intervenus, comme au cours de l'année précédente, dans 9 % des situations, alors qu'en 2009-2010, la proportion était de 15 %.

Les 278 signalements faits aux commissaires locaux provenaient de 281 auteurs. Un signalement peut être fait par plus d'une personne. Ces auteurs sont principalement de tierces personnes (57,3 %), des usagers eux-mêmes (30,3 %) et des représentants des usagers (12,4 %) (voir le tableau 1.19). Cette année, on observe une plus grande proportion d'usagers qui effectuent un signalement que dans les années antérieures.

TABLEAU 1.19
Nombre et pourcentage d'interventions conclues par les commissaires locaux, selon l'auteur et l'année

ANNÉE	USAGER		REPRÉSENTANT		TIERS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
2011-2012	85	30,3 %	35	12,4 %	161	57,3 %	281	100 %
2010-2011	44	16,2 %	54	19,9 %	173	63,9 %	271	100 %
2009-2010	35	14,3 %	40	16,4 %	169	69,3 %	244	100 %

Les 278 interventions conclues en 2011-2012 concernaient principalement, à l'instar des interventions examinées en cours d'année, les missions des CHSGS (35 %), des CLSC (20 %), du CHSP (19 %) et des CHSLD (18 %) (voir le tableau 1.20). La proportion des interventions concernant les CHSLD (18 %) a été plus importante que celle observée du côté des plaintes conclues par les commissaires locaux (7 %) et par les médecins examinateurs (0,5 %) (voir le tableau 1.6).

TABLEAU 1.20
Nombre d'interventions traitées* par les commissaires locaux, selon l'établissement et le statut au 31 mars 2012

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	EXAMINÉES DURANT L'EXERCICE		CONCLUES DURANT L'EXERCICE		EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
	NOMBRE	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE
CLSC	3	61	21 %	56	20 %	8
CHSGS	9	102	35 %	96	35 %	15
CHSP	1	53	18 %	54	19 %	0
CHSLD	1	52	18 %	49	18 %	4
CPEJ	0	5	1 %	5	2 %	0
CRDI-TED	3	12	4 %	10	4 %	5
CRPAT	0	0	0 %	0	0 %	0
CRDP	0	8	3 %	7	2 %	1
TOTAL	17	293	100 %	277	100 %	33

*SIGPAQS inscrit une intervention de moins pour les commissaires locaux quand les données sont ventilées par mission.

1.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES

Les 278 interventions conclues en 2011-2012 par les commissaires locaux cumulaient 320 motifs d'intervention (voir le tableau 1.21), soit une moyenne de 1,15 motif par intervention, comparativement à 1,29 motif pour les plaintes conclues.

Les 320 motifs d'intervention se distribuaient dans l'ensemble des catégories de motifs, avec une prédominance de 3 catégories : les soins et les services offerts (27 %), l'accessibilité et la continuité des services (22 %) et les relations interpersonnelles (20 %). Ces 3 derniers motifs représentaient 69 % des insatisfactions, alors qu'en ce qui a trait aux plaintes conclues, ils représentaient 77 % des motifs de plaintes.

Parmi les motifs nommés par les auteurs des interventions, seulement 3 % (9) n'ont pas été analysés complètement par les commissaires locaux (voir le tableau 1.21), contrairement à 13 %, en ce qui concerne les plaintes. Les motifs dont l'examen n'a pas été complété se répartissaient dans l'ensemble des catégories, sauf celle de l'organisation du milieu. Des 9 motifs d'intervention dont l'examen n'a pas été complété, les commissaires ont cessé le traitement de 7 motifs en cours d'examen et 2 motifs ont été abandonnés par l'usager ou par son représentant (voir le tableau 1.22).

Sur l'ensemble des 311 motifs d'intervention dont le traitement a été complété en 2011-2012 (voir le tableau 1.22), 55 %, soit 170, ont donné lieu à des mesures correctives, ce qui est supérieur à la proportion observée (42 %) pour les motifs de plaintes dont le traitement a été complété par les commissaires locaux.

TABLEAU 1.21
Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2011-2012, selon la catégorie de motifs et le stade de traitement

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ		TRAITEMENT COMPLÉTÉ		TOTAL DES MOTIFS	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	2	22 %	62	20 %	64	20 %
Soins et services offerts	3	34 %	84	27 %	87	27 %
Accessibilité et continuité	2	22 %	67	22 %	69	22 %
Organisation milieu/matériel	0	0 %	53	17 %	53	17 %
Aspect financier	1	11 %	9	3 %	10	3 %
Droits particuliers	1	11 %	32	10 %	33	10 %
Autres	0	0 %	4	1 %	4	1 %
TOTAL	**9**	**100 %**	**311**	**100 %**	**320**	**100 %**

TABLEAU 1.22
Nombre de motifs pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2011-2012, selon la catégorie de motifs et la catégorie de traitement

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ			TRAITEMENT COMPLÉTÉ		TOTAL
	REJETÉ SUR EXAMEN SOMMAIRE	ABANDONNÉ PAR L'USAGER	REFUSÉ OU INTERROMPU	SANS MESURE CORRECTIVE	AVEC MESURES CORRECTIVES	
Relations interpersonnelles	0	0	2	26	36	64
Soins et services offerts	0	0	3	41	43	87
Accessibilité et continuité	0	2	0	29	38	69
Organisation milieu/matériel	0	0	0	23	30	53
Aspect financier	0	0	1	3	6	10
Droits particuliers	0	0	1	15	17	33
Autres	0	0	0	0	4	4
SOUS-TOTAL	**0**	**2**	**7**	**141**	**170**	**320**
	9			311		

1.2.3 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES

Pour les 170 motifs d'intervention ayant donné lieu à des mesures correctives, les commissaires locaux ont proposé, à l'intention des organisations concernées, 184 mesures correctives ou recommandations (voir le tableau 1.23), soit un rapport de 1,08 mesure par motif d'intervention, comparativement à 1,07 mesure par motif de plaintes.

Contrairement aux années précédentes, les commissaires locaux n'ont soumis aucun motif d'intervention aux directions concernées des établissements afin qu'il soit examiné et, le cas échéant, que soient appliquées, auprès de l'employé concerné, les mesures disciplinaires appropriées. En 2010-2011, 2 motifs ont fait l'objet d'une telle référence et 4 en 2009-2010.

La majorité des mesures correctives proposées par les commissaires locaux, soit 63 %, étaient de portée globale, c'est-à-dire qu'elles visaient l'amélioration du service à la clientèle dans son ensemble, alors que 37 % des mesures visaient l'amélioration du service en répondant aux besoins particuliers de l'usager (voir le tableau 1.23). Cette répartition est semblable à celle observée pour les plaintes traitées par les commissaires locaux.

Les 68 mesures correctives à portée individuelle répondaient principalement à des motifs d'intervention associés aux relations interpersonnelles dans 23 cas, aux soins et aux services offerts dans 17 cas et à l'organisation du milieu dans 12 cas. Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés se concentraient dans 2 catégories : la sensibilisation ou la formation des intervenants (44 %) et l'adaptation des soins et des services aux besoins particuliers des personnes (31 %).

Quant aux 116 mesures correctives à portée globale, elles avaient pour objectif principal de résoudre des problèmes associés à l'accessibilité et à la continuité des services dans 37 cas, aux soins et aux services dans 28 cas et aux relations interpersonnelles dans 13 cas. Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés visaient principalement l'adaptation des soins et des services (59 %) et, dans une proportion égale (15 %), l'adaptation du milieu ainsi que des règles et procédures, tant administratives que cliniques.

TABLEAU 1.23
Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2011-2012, selon la catégorie de motifs

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIES DE MOTIFS							TOTAL	
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES OFFERTS	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION DU MILIEU ET MATÉRIEL	ASPECT FINANCIER	DROITS PARTICULIERS	AUTRES		
PORTÉE INDIVIDUELLE : 37 % (68)									
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins/services	4	10	5	0	0	2	0	21	31 %
Adaptation milieu/matériel	0	0	0	6	0	1	0	7	10 %
Ajustement financier	0	0	0	0	2	0	0	2	3 %
Sensibilisation intervenant	18	6	0	4	0	2	0	30	44 %
Obtention des services	0	1	3	1	1	0	0	6	9 %
Respect du choix	0	0	0	1	0	0	0	1	1,5 %
Autres	1	0	0	0	0	0	0	1	1,5 %
SOUS-TOTAL	23	17	8	12	3	5	0	68	100 %
PORTÉE GLOBALE : 63 % (116)									
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins/services	5	19	32	5	0	7	0	68	59 %
Adaptation milieu/matériel	1	2	2	13	0	0	0	18	15,5 %
Adoption règle/procédure	4	4	2	1	2	5	0	18	15,5 %
Ajustement financier	0	0	0	0	1	0	0	1	0,8 %
Communication/promotion	2	1	1	1	0	1	0	6	5 %
Formation et supervision	1	2	0	0	0	0	0	3	2,5 %
Autres	0	0	0	1	1	0	0	2	1,7 %
SOUS-TOTAL	13	28	37	21	4	13	0	116	100 %
TOTAL	**36**	**45**	**45**	**33**	**7**	**18**	**0**	**184**	**100 %**

1.3 DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION

Dans le cadre de leurs fonctions, les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services sont appelés à répondre à des demandes d'assistance et de consultation provenant de la population, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ou d'autres partenaires externes.

Une demande d'assistance est une demande d'aide. Elle exige parfois des démarches de recherche, de suivi et souvent d'accompagnement de la part du commissaire.

En 2011-2012, un suivi a été donné à 1 130 demandes d'assistance par les commissaires locaux des établissements de la région, comparativement à 1 174 l'année précédente et 1 140 en 2009-2010. La très grande majorité de ces demandes, soit 83 %, concernait l'aide pour obtenir des soins et des services et dans 17 % des cas, le demandeur souhaitait de l'aide pour formuler une plainte.

Une consultation est une demande d'information ou une demande d'avis sur un sujet concernant le régime d'examen des plaintes. Elle exige parfois des démarches de recherche et de suivi.

En 2011-2012, un suivi a été donné par les commissaires locaux à 254 demandes de consultation provenant, notamment, d'autres commissaires locaux, du commissaire régional, du Protecteur du citoyen et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Les commissaires locaux ont répondu à 276 demandes de consultation en 2010-2011 et à 234 demandes en 2009-2010.

1.4 AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES LOCAUX

En plus de traiter les plaintes et les interventions et de fournir de l'assistance, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a comme fonction de collaborer au développement et à l'organisation des activités liées au régime d'examen des plaintes et aux droits des usagers.

En 2011-2012, 380 activités dites « autres activités du commissaire » ont été enregistrées dans le SIGPAQS, comparativement à 480 l'année précédente et à 310 en 2009-2010. Les activités des commissaires locaux visaient principalement l'amélioration du fonctionnement (41 %) et la promotion (40 %) du régime d'examen des plaintes (voir le tableau 1.24).

TABLEAU 1.24
Nombre et pourcentage des autres activités des commissaires locaux, selon les catégories d'activités en 2011-2012

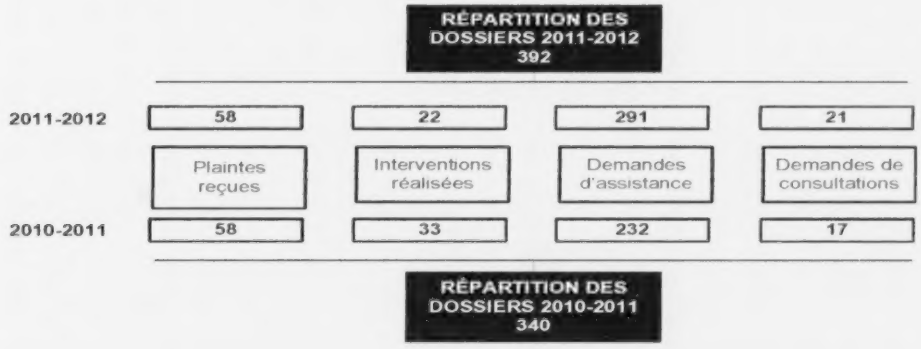
CATÉGORIES D'ACTIVITÉS	2011-2012	
	Nombre	%
Promotion et information	153	40 %
Communication au conseil d'administration	28	8 %
Participation au comité de vigilance et de la qualité	42	11 %
Collaboration au fonctionnement du régime d'examen des plaintes	157	41 %
TOTAL	380	100 %

PARTIE II

LE COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

INTRODUCTION

Dans le cadre de ses fonctions, le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a ouvert 392 nouveaux dossiers dans le SIGPAQS en 2011-2012, comparativement à 340 en 2010-2011.



En 2011-2012, le commissaire régional a reçu 58 nouvelles plaintes formulées par les usagers ou par leurs représentants. Il est intervenu, assisté par le commissaire substitut, auprès de 22 organisations à la suite du signalement d'un usager, d'un citoyen ou d'un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux. En collaboration avec son adjointe administrative et le commissaire substitut, il a répondu à 291 demandes d'assistance d'usagers ou de citoyens. Il a également répondu à 21 demandes de consultation, provenant principalement des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région.

2.1 PLAINTES

En 2011-2012, 95 % du nombre total de plaintes (61) à traiter a été conclu (58) au cours de l'année. Ce pourcentage est semblable à celui de 2010-2011 et légèrement supérieur à celui de 2009-2010 (93 %).

Les 58 plaintes reçues en 2011-2012 représentent le même nombre qu'en 2010-2011. Il s'agit d'une diminution de 11 % (- 7) par rapport aux 65 plaintes de 2009-2010 et une augmentation de 38 % (+ 16) comparativement à 2008-2009.

TABLEAU 2.1
Nombre de plaintes traitées, selon l'année et le statut

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE	TRANSMISES AU PROTECTEUR DU CITOYEN
2011-2012	3	58	61	58	3	3
2010-2011	5	58	63	60	3	1
2009-2010	10	65	75	70	5	3
2008-2009	3	42	45	35	10	3

On dénombre 58 plaintes conclues en 2011-2012 (voir le tableau 2.1). Il s'agit d'une diminution de 3 % (-2) par rapport aux 60 plaintes de l'année précédente et une augmentation de 66 % (+23) comparativement aux 35 plaintes conclues en 2008-2009. La diminution du nombre de plaintes conclues, par rapport à 2009-2010, s'explique par la diminution du nombre de plaintes (-7) en cours d'examen au début de l'exercice financier et du nombre de plaintes reçues en 2010-2011 (-7).

Des 58 plaintes conclues en 2011-2012, 3 ont été soumises par le plaignant en deuxième instance au Protecteur du citoyen, ce qui représente une augmentation (+2) par rapport à 2010-2011, mais un nombre identique à celui observé les années précédentes.

2.1.1 PLAINTES EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT ET À LA FIN DE L'EXERCICE

Le tableau 2.2 montre que les 3 plaintes conclues en cours d'examen, au début de l'exercice financier, concernaient 2 secteurs d'activités : les résidences privées pour personnes âgées et le préhospitalier d'urgence. Les 7 motifs de ces plaintes se regroupent dans les catégories suivantes : soins et services offerts (3), organisation du milieu de vie (2), accessibilité des services (1) et relations interpersonnelles (1).

À la fin de l'exercice financier 2011-2012, les 3 plaintes en cours d'examen concernaient deux secteurs : les résidences privées pour personnes âgées et les organismes communautaires. Les 9 motifs de ces plaintes se regroupaient dans 5 catégories : soins et services offerts (4), relations interpersonnelles (2), droits particuliers (2) et organisation du milieu (1).

TABLEAU 2.2
Nombre et pourcentage de plaintes en cours d'examen au début et à la fin de l'exercice 2011-2012, selon l'organisation visée

ORGANISATIONS VISÉES	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE		EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	2	67 %	2	67 %
Organismes communautaires	0	0 %	1	33 %
Ressources en toxicomanie/jeu pathologique	0	0 %	0	0 %
Services préhospitaliers d'urgence	1	33 %	0	0 %
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	0	0 %	0	0 %
	3	100 %	3	100 %

2.1.2 PLAINTES REÇUES

Les plaintes reçues en 2011-2012 concernaient principalement les résidences privées pour personnes âgées (36 %) et les services préhospitaliers d'urgence (22 %), suivis des organismes communautaires (19 %), de l'Agence (17 %) et des ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique (2 %). Ce dernier domaine d'activité est sous la responsabilité du commissaire régional depuis le 1er juillet 2010 (voir le tableau 2.3).

Depuis 2007-2008, les plaintes concernant les résidences pour personnes âgées arrivent au premier rang. Quatre fois sur cinq, le deuxième rang est occupé par le secteur préhospitalier d'urgence. Alors que les plaintes concernant les organismes communautaires avaient

quadruplé en 2009-2010 par rapport à 2008-2009 (5), elles sont revenues, en 2010-2011 et 2011-2012, à un nombre relativement semblable, soit 8 et 11 plaintes.

TABLEAU 2.3
Nombre et pourcentage de plaintes reçues, selon l'organisation visée et l'année

ORGANISATIONS VISÉES	2011-2012		2010-2011		2009-2010	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	21	36 %	25	43 %	22	34 %
Organismes communautaires	11	19 %	8	14 %	20	31 %
Ressources en toxicomanie/jeu pathologique	1	2 %	2	3 %	Hors mandat	
Services préhospitaliers d'urgence	13	22 %	12	21 %	8	12 %
Agence de la Capitale-Nationale	10	17 %	11	19 %	8	12 %
Autres	2	4 %	0	0 %	7	11 %
TOTAL	**58**	**100 %**	**58**	**100 %**	**65**	**100 %**

2.1.3 PLAINTES CONCLUES

Les 58 plaintes conclues en 2011-2012 ont été formulées principalement par les usagers des services (62 %), suivis de leur ayant cause ou représentant (19 %) et des tiers (19 %). Cette répartition est différente de celle observée l'année précédente, où l'on observait une plus forte proportion des représentants (42 %).

La répartition des auteurs est grandement influencée par la catégorie d'organisations visées par la plainte. Ainsi, l'usager est généralement l'auteur de la plainte à l'endroit des organismes communautaires et des services préhospitaliers d'urgence, alors que c'est plus souvent son représentant qui en est l'auteur quand il s'agit d'une plainte visant les résidences privées pour personnes âgées et le Programme d'évaluation et de coordination des admissions en hébergement (PECA) de l'Agence.

TABLEAU 2.4
Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon l'auteur et l'année

ANNÉE	USAGER		REPRÉSENTANT		TIERS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
2011-2012	36	62 %	11	19 %	11	19 %	58	100 %
2010-2011	32	53 %	25	42 %	3	5 %	60	100 %
2009-2010	45	64 %	19	27 %	6	9 %	70	100 %
2008-2009	13	37 %	18	52 %	4	11 %	35	100 %

Les plaintes conclues concernaient principalement les résidences privées pour personnes âgées (36 %) et les services préhospitaliers d'urgence (24 %), suivis de l'Agence (17 %), des organismes communautaires (17 %) et des ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique (voir le tableau 2.5).
Toutes proportions gardées, les résidences privées pour personnes âgées sont surreprésentées au regard des motifs de plaintes et des mesures correctives proposées, avec 36 % des plaintes conclues. En effet, les résidences cumulent plus de la moitié (53 %) des

motifs de plaintes et des mesures correctives (57 %) proposées (voir le tableau 2.5). La même tendance était observée lors des 4 dernières années.

TABLEAU 2.5
Nombre et pourcentage de plaintes conclues, de motifs de plaintes et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2011-2012

ORGANISATIONS VISÉES	PLAINTES CONCLUES		MOTIFS DE PLAINTES		MESURES CORRECTIVES	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	21	36 %	58	53 %	40	57 %
Organismes communautaires	10	17 %	17	16 %	8	11 %
Ressources en toxicomanie/jeu pathologique	1	2 %	2	2 %	5	7 %
Services préhospitaliers d'urgence	14	24 %	17	16 %	10	14 %
Agence de la Capitale-Nationale	10	17 %	12	11 %	8	11 %
Autre	2	4 %	2	2 %	0	0 %
TOTAL	58	100 %	108	100 %	71	100 %

2.1.4 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES

Les 58 plaintes conclues en 2011-2012 cumulaient 108 motifs d'insatisfaction, comparativement à 153 l'année précédente et 125 en 2009-2010 (voir le tableau 2.6). Le rapport du nombre de motifs d'insatisfaction par plainte conclue est de 1,9. Depuis les dernières années, ce rapport a varié entre 1,4 (2008-2009) et 2,6 (2010-2011).

Les motifs d'insatisfaction à l'origine des plaintes conclues (voir le tableau 2.5) concernaient principalement les résidences privées pour personnes âgées (53 %), les organismes communautaires (16 %) et les services préhospitaliers d'urgence (16 %).

Les 108 motifs de plaintes se concentraient, dans une proportion de 83 %, dans 4 catégories : l'organisation du milieu et du matériel (29 %), les soins et les services offerts (25 %), les relations interpersonnelles (16 %) et les aspects financiers (13 %). Cette situation est relativement semblable à celle observée au cours des années précédentes, alors que 96 % et 89 % des motifs de plaintes se regroupaient dans ces mêmes catégories en 2008-2009 et en 2009-2010 (voir le tableau 2.6).

TABLEAU 2.6
Nombre et pourcentage de motifs* pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS	2011-2012		2010-2011		2009-2010	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	17	16 %	26	17 %	24	19 %
Soins et services offerts	27	25 %	35	23 %	32	26 %
Accessibilité et continuité	12	11 %	18	12 %	14	11 %
Organisation milieu/matériel	31	29 %	60	39 %	41	33 %
Aspect financier	14	13 %	5	3 %	5	4 %
Droits particuliers	7	6 %	9	6 %	8	6 %
Autres objets de plaintes	0	0 %	0	0 %	1	1 %
TOTAL	108	100 %	153	100 %	125	100 %
RAPPORT NOMBRE DE PLAINTES/MOTIFS	1,9		2,6		1,8	

*Pour obtenir une présentation détaillée des motifs de plaintes, voir l'annexe V.

Les données du tableau 2.7 font ressortir la prédominance d'un motif de plainte à l'endroit de certains types d'organisations. Ainsi, l'usager porte plainte dans 45 % des cas à l'endroit des résidences privées pour personnes âgées parce qu'il est principalement insatisfait de l'organisation du milieu de vie et des ressources matérielles. Lorsque les plaintes concernent les services préhospitaliers d'urgence, dans 53 % des cas, ce sont principalement les soins et les services reçus qui sont source d'insatisfaction. Quant aux organismes communautaires, les motifs d'insatisfaction concernent principalement l'accessibilité aux services (29 %) et l'organisation du milieu de vie (29 %).

TABLEAU 2.7
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2011-2012

CATÉGORIES DE MOTIFS	RÉSIDENCES PERSONNES ÂGÉES		ORGANISMES COMMUNAUTAIRES		RESSOURCES EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE		SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE		AGENCE	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	9	16 %	4	24 %	0	0 %	2	12 %	1	8 %
Soins et services offerts	15	26 %	1	6 %	0	0 %	9	53 %	2	17 %
Accessibilité et continuité	0	0 %	5	29 %	0	0 %	5	29 %	2	17 %
Organisation milieu/matériel	26	45 %	5	29 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Aspect financier	6	10 %	2	12 %	1	50 %	1	6 %	4	33 %
Droits particuliers	2	3 %	0	0 %	1	50 %	0	0 %	3	25 %
TOTAL	58	100 %	17	100 %	2	100 %	17	100 %	12	100 %

Le traitement de 13 motifs (12 %) sur 108 motifs nommés par le plaignant n'a pas été terminé (voir le tableau 2.8), comparativement à 7 % l'année précédente et à 20 % en 2009-2010. C'est dans le secteur des résidences privées que l'on a observé la plus forte proportion (46 %) de motifs dont l'examen n'a pas été terminé, suivi de l'Agence (23 %). Parmi ces 13 motifs, 3 ont été abandonnés par le plaignant et le traitement de 10 d'entre eux a été refusé par le commissaire régional parce qu'ils étaient hors de sa compétence. Les 10 motifs dont l'examen n'a pas été terminé étaient compris dans 10 plaintes conclues.

TABLEAU 2.8
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon le stade de traitement et l'organisation visée en 2011-2012

ORGANISATIONS VISÉES	TRAITEMENT NON TERMINÉ		TRAITEMENT TERMINÉ		TOTAL DES MOTIFS	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	6	46 %	52	55 %	58	100 %
Organismes communautaires	2	15,5 %	15	16 %	17	100 %
Ressources en toxicomanie/jeu pathologique	0	0 %	2	2 %	2	100 %
Services préhospitaliers d'urgence	0	0 %	17	18 %	17	100 %
Agence de la Capitale-Nationale	3	23 %	9	9 %	12	100 %
Autes	2	15,5 %	0	0 %	2	100 %
TOTAL	**13**	**100 %**	**95**	**100 %**	**108**	**100 %**

Ce sont donc 88 % (95) des motifs nommés qui ont fait l'objet d'un traitement complet par le commissaire, ce qui représente une légère diminution par rapport aux données de l'année précédente (93 %), mais une augmentation comparativement aux données des autres années (65 % en 2008-2009, 80 % en 2009-2010). Ces 95 motifs étaient compris dans 47 plaintes conclues.

Parmi les 95 motifs de plaintes complètement traités, 44 % (42) ont donné lieu à des mesures correctives, comparativement à 54 % l'année précédente (voir le tableau 2.9). Dans 53 cas, aucune mesure corrective n'a été instaurée parce que le problème à l'origine de la plainte a été résolu en cours de traitement ou parce que le résultat de l'examen a démontré que le motif n'était pas fondé.

TABLEAU 2.9
Nombre de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et les catégories de traitement en 2011-2012

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON TERMINÉ			TRAITEMENT TERMINÉ		TOTAL
	REJETÉ SUR EXAMEN SOMMAIRE	ABANDONNÉ PAR L'USAGER	REFUSÉ OU INTERROMPU	SANS MESURE CORRECTIVE	AVEC MESURES CORRECTIVES	
Relations interpersonnelles	0	0	2	4	11	17
Soins et services offerts	0	0	1	13	13	27
Accessibilité ou continuité	0	0	1	6	5	12
Organisation milieu/matériel	0	2	1	20	8	31
Aspect financier	0	1	4	8	1	14
Droits particuliers	0	0	1	2	4	7
Autres objets de plaintes	0	0	0	0	0	0
TOTAL	**0**	**3**	**10**	**53**	**42**	**108**
		13		**95**		

2.1.5 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES

Des 58 plaintes conclues, la moitié (29) comprenait des motifs ayant mené à des mesures correctives, comparativement à 62 % l'année précédente, 54 % en 2009-2010 et 25 % en 2008-2009.

Afin d'améliorer la qualité des services, 71 mesures correctives ont été proposées pour répondre aux 42 motifs d'insatisfaction formulés par les usagers ou par leur représentant (voir le tableau 2.10). Le rapport du nombre de mesures correctives par motif d'insatisfaction des plaintes conclues est de 1,7. Ce rapport était de 1,9 en 2010-2011 et de 1,7 en 2009-2010.

La très grande majorité (80 %) des mesures correctives étaient de portée globale, c'est-à-dire qu'elles visaient l'amélioration du service à la clientèle dans son ensemble, alors que 20 % visaient à résoudre un problème propre au plaignant (voir le tableau 2.10). On constate une augmentation des mesures à portée individuelle, comparativement à l'année précédente, alors que 15 % des mesures se situaient dans cette dernière catégorie.

Les mesures correctives à portée individuelle (14) visaient principalement à résoudre des problèmes associés aux soins et aux services offerts (5) et aux relations interpersonnelles (4). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes dénoncés consistaient à sensibiliser ou à former les intervenants (43 %), à faire de la conciliation ou de la médiation entre les parties (22 %) et à adapter les soins et les services aux besoins particuliers des personnes (21 %).

TABLEAU 2.10
Nombre de mesures correctives proposées pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs en 2011-2012

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIES DE MOTIFS						TOTAL	
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION DU MILIEU	ASPECT FINANCIER	DROITS PARTICULIERS		
PORTÉE INDIVIDUELLE : 20 % (14)								
MESURES	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	%
Adaptation soins/services	0	1	1	0	1	0	3	21 %
Adaptation du milieu	0	1	0	0	0	0	1	7 %
Conciliation et médiation	3	0	0	0	0	0	3	22 %
Sensibilisation intervenant	1	3	1	0	1	0	6	43 %
Obtention des services	0	0	0	0	0	0	0	0 %
Respect des droits	0	0	0	0	0	0	0	0 %
Ajustement financier	0	0	0	0	1	0	1	7 %
SOUS-TOTAL	4	5	2	0	1	2	14	100 %
PORTÉE GLOBALE : 80 % (57)								
MESURES	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	%
Adaptation soins/services	0	2	1	1	0	1	5	9 %
Adaptation milieu/matériel	0	1	0	5	0	0	6	10 %
Révision règles/procédures	6	14	7	1	0	2	30	53 %
Communication/promotion	3	0	0	5	0	1	9	16 %
Formation et supervision	2	3	0	0	0	1	6	10 %
Respect des droits	0	0	0	0	0	1	1	2 %
SOUS-TOTAL	11	20	8	12	0	6	57	100 %
TOTAL	15	25	10	12	1	8	71	

La très grande majorité (80 %) des mesures correctives étaient de portée globale, c'est-à-dire qu'elles visaient l'amélioration du service à la clientèle dans son ensemble, alors que 20 % visaient à résoudre un problème propre au plaignant (voir le tableau 2.10). On constate une augmentation des mesures à portée individuelle, comparativement aux données de l'année précédente, alors que 15 % des mesures se situaient dans cette dernière catégorie.

Les mesures correctives à portée individuelle (14) visaient principalement à résoudre des problèmes associés aux soins et aux services offerts (5) et aux relations interpersonnelles (4). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes dénoncés consistaient à sensibiliser ou à former les intervenants (43 %), à faire de la conciliation ou de la médiation entre les parties (22 %) et à adapter les soins et les services aux besoins particuliers des personnes (21 %).

Les mesures correctives à portée globale (57) ont eu pour objectifs principaux de résoudre des problèmes associés aux soins et aux services offerts (35 %) et à l'organisation du milieu

(21 %), suivis des relations interpersonnelles (19 %), de l'accessibilité et de la continuité (14 %) et des droits (11 %). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés (57) ont concerné principalement (53 %) la révision des règles et des procédures tant administratives que cliniques, l'amélioration des processus de communication (16 %), la formation ou la supervision du personnel (10 %) et l'adaptation du milieu (10 %).

2.1.6 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES

Les mesures correctives proposées pour améliorer la qualité des services offerts aux usagers se répartissent en 2 catégories : les engagements pris par l'organisation visée lors de l'examen de la plainte et les recommandations formulées par le commissaire régional.

Parmi les 71 mesures correctives proposées à l'intérieur des lettres de conclusion adressées aux plaignants, on trouve 28 engagements (39 %) pris par les organisations visées et 43 recommandations formulées par le commissaire (61 %) afin de résoudre les problèmes dénoncés par les plaignants (voir le tableau 2.11). Cette répartition représente une légère augmentation des engagements par rapport aux données observées au cours des années précédentes, où l'on retrouvait 30 % des engagements en 2010-2011 et 33 % en 2009-2010.

TABLEAU 2.11
Nombre et pourcentage de mesures correctives mises en place à la suite de plaintes, selon la catégorie de mesures et le statut pour l'année 2011-2012

MESURES CORRECTIVES	IMPLANTÉES		EN COURS		REFUS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Engagements	28	100 %	0	0 %	0	0 %	28	100 %
Recommandations	30	70 %	13	30 %	0	0 %	43	100 %
TOTAL	**58**	**82 %**	**13**	**18 %**	**0**	**0 %**	**71**	**100 %**

Globalement, 82 % (58) des mesures correctives proposées avaient été implantées et 18 % (13) étaient en cours d'implantation au 31 mars 2012. Ces dernières mesures concernent 6 plaintes. Pour l'instant, rien ne laisse croire qu'elles ne seront pas implantées à leur échéance. Ces pourcentages relativement importants d'implantation illustrent l'excellente collaboration des organisations visées par le régime d'examen des plaintes. Aucune organisation n'a refusé d'implanter les recommandations qui leur étaient adressées.

2.1.7 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES

Le délai prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour communiquer au plaignant les conclusions de l'examen de sa plainte a été fixé à 45 jours.

Toutefois, certaines circonstances peuvent entraîner des délais supplémentaires pour conclure l'examen du dossier. Selon le Règlement sur la procédure d'examen des plaintes de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, le commissaire régional est autorisé dans ce cas à conclure une entente avec le plaignant afin de prolonger le délai pour permettre une étude plus exhaustive de tous les éléments soumis. Le plaignant peut alors accepter ou refuser de prolonger le délai. Dans tous les cas, le retard ouvre la voie à un recours auprès du Protecteur du citoyen.

En 2011-2012, 94 % des plaintes (55) ont été traitées dans les 45 jours prévus par le régime d'examen des plaintes (voir le tableau 2.12), ce qui représente une amélioration notable par rapport aux résultats de l'année précédente (79 %) et surtout aux dernières années (45 % en 2009-2010, 36 % en 2008-2009). En ce qui concerne les 3 plaintes pour lesquelles le délai légal de traitement n'a pas été respecté, les plaignants ont tous accepté de prolonger la période d'examen. Deux de ces plaintes visaient les résidences privées pour personnes âgées, l'autre concernait le secteur des organismes communautaires (voir le tableau 2.13).

TABLEAU 2.12

Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) et l'année

DÉLAI DE TRAITEMENT	2011-2012		2010-2011		2009-2010	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
3 jours et moins	2	3,45 %	2	3,33 %	3	4,29 %
4 à 15 jours	8	13,79 %	5	8,33 %	9	12,86 %
16 à 30 jours	26	44,83 %	11	18,33 %	8	11,43 %
31 à 45 jours	19	32,76 %	30	50 %	12	17,14 %
SOUS-TOTAL	55	94,83 %	48	79,99 %	32	45,72 %
46 à 60 jours	1	1,72 %	4	6,67 %	4	5,71 %
61 à 90 jours	2	3,45 %	5	8,33 %	13	18,57 %
91 à 180 jours	0	0 %	3	5 %	20	28,57 %
181 jours et plus	0	0 %	0	0 %	1	1,43 %
SOUS-TOTAL	3	5,7 %	12	20 %	38	54,28 %
TOTAL	58	100 %	60	100 %	70	100 %

TABLEAU 2.13

Nombre et pourcentage de plaintes conclues en 45 jours et moins, selon l'organisation et l'année

ORGANISATIONS VISÉES	2011-2012		2010-2011		2009-2010	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	19	90 %	17	68 %	8	33 %
Organismes communautaires	9	90 %	10	100 %	8	44 %
Ressources toxicomanie/jeu pathologique	1	100 %	1	50 %	Hors mandat	
Services préhospitaliers d'urgence	14	100 %	9	82 %	3	25 %
Agence de la Capitale-Nationale	10	100 %	11	92 %	6	63 %
Autres (hors mandat)	2	100 %	0	0 %	7	100 %
TOTAL	55	94,83 %	48	79,99 %	32	45,72 %

2.1.8 RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN

Comme il a été dit précédemment, le défaut de communiquer au plaignant les conclusions de l'examen de sa plainte dans un délai de 45 jours ouvre la voie au recours auprès du Protecteur du citoyen. En 2011-2012, aucun plaignant n'a choisi d'acheminer sa plainte au bureau du Protecteur du citoyen pour qu'elle y soit examinée en première instance, comme pour l'année précédente.

Les personnes qui sont en désaccord avec les conclusions ou avec les recommandations du commissaire régional à la suite de l'examen de leur plainte peuvent s'adresser au Protecteur du citoyen en deuxième instance.

Des 58 plaintes conclues, seulement 3 ont été soumises par le plaignant en deuxième instance au Protecteur du citoyen. Ce nombre est supérieur à celui de l'année précédente (1), mais est égal (3) à celui des années précédentes.

Les 3 plaintes transférées en deuxième instance concernaient les secteurs de la toxicomanie et du jeu pathologique, du préhospitalier d'urgence et des résidences privées pour personnes âgées. Les 7 motifs d'insatisfaction nommés par les plaignants se regroupaient dans 2 catégories : les soins et les services prodigués (4) et les relations interpersonnelles (3).

Après analyse en deuxième instance, le Protecteur du citoyen est arrivé aux mêmes conclusions que le commissaire régional pour 2 des plaintes. Les conclusions du Protecteur du citoyen sont à venir pour la troisième plainte visant le secteur de la toxicomanie et du jeu pathologique.

2.2 SIGNALEMENTS ET INTERVENTIONS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) prévoit, au paragraphe 7 de l'article 66, que le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services « intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés ».

On recense 65 signalements au commissaire en 2011-2012, c'est-à-dire que des usagers, leur représentant ou de tierces personnes (ex. : citoyen, employé) lui ont signalé une situation jugée inacceptable. Le nombre de signalements reçus cette année représente une augmentation de 12 % par rapport à celui de l'année précédente (58) et de 86 % par rapport à 2009-2010 (35). Cette augmentation est probablement attribuable à une meilleure connaissance du régime d'examen des plaintes.

Les 65 signalements ont tous été vérifiés soit par le commissaire (6 %), soit par son substitut (94 %). Après examen et validation des faits portés à sa connaissance, le commissaire ou son substitut ont décidé d'intervenir auprès des organisations dans 22 situations, soit pour 34 % des signalements, comparativement à 47 % (27) en 2010-2011.

Pour les 43 autres signalements, un était en analyse au 31 mars 2012 et un autre a été intégré dans une plainte traitée par le commissaire, 2 ont été traités à l'intérieur d'une même intervention, 3 ont fait l'objet d'une intervention d'un CSSS, 8 ont fait l'objet d'abandon de la part du signalant, 8 ont fait l'objet d'un suivi des responsables de la certification et 20 signalements ont été fermés parce qu'il n'y avait pas de motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes n'étaient pas respectés.

2.2.1 INTERVENTIONS TRAITÉES

En 2011-2012, 22 interventions ont été conclues en cours d'année par le commissaire ou son substitut, comparativement à 33 en 2010-2011 (voir le tableau 2.14).

TABLEAU 2.14
Nombre d'interventions traitées, selon leur statut et l'année

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	EXAMINÉES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
2011-2012	**1**	**22**	**23**	**22**	**1**
2010-2011	6	27	33	33	0
2009-2010	0	30	30	24	6

Plus des trois quarts (82 %) des 22 interventions conclues en 2011-2012 reposaient sur des faits allégués par une tierce personne, soit un citoyen, un employé de l'organisation visée ou un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux (voir le tableau 2.15). Cette situation est similaire à celle observée l'année précédente. Soulignons que 2 interventions découlent des constats réalisés par le commissaire.

TABLEAU 2.15
Nombre et pourcentage d'interventions conclues, selon l'auteur et l'année

ANNÉE	USAGER		REPRÉSENTANT		TIERS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
2011-2012	2	9 %	2	9 %	18	82 %	22	100 %
2010-2011	5	15 %	4	12 %	24	73 %	33	100 %
2009-2010	3	12,5 %	3	12,5 %	18	75 %	24	100 %

TABLEAU 2.16
Nombre et pourcentage d'interventions conclues, de motifs de plaintes et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2011-2012

ORGANISATIONS VISÉES	INTERVENTIONS CONCLUES		MOTIFS DES INTERVENTIONS		MESURES CORRECTIVES	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	20	90 %	55	96 %	35	97 %
Organismes communautaires	1	5 %	1	2 %	1	3 %
Agence de la Capitale-Nationale	1	5 %	1	2 %	0	0 %
TOTAL	**22**	**100 %**	**57**	**100 %**	**36**	**100 %**

Presque la totalité (90 %) des interventions conclues (22) en 2011-2012 concernait les résidences privées pour personnes âgées (voir le tableau 2.16). Pour ce qui est des interventions conclues, la surreprésentation des résidences privées pour personnes âgées était également observée lors des 2 dernières années. On constate que les résidences privées sont surreprésentées au regard des motifs d'intervention (96 %) et des mesures correctives proposées (97 %). La même situation était observée pour les plaintes conclues.

2.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES

Les 22 interventions conclues, en 2011-2012, concernaient 57 motifs d'insatisfaction (voir le tableau 2.17), ce qui représente 2,5 motifs par intervention, comparativement à 2 motifs en 2010-2011 et 1,4 motif en 2009-2010.

Les motifs d'intervention se concentraient, dans une proportion de 93 %, dans 3 catégories : l'organisation du milieu et du matériel (37 %), les soins et les services offerts (37 %) et les relations interpersonnelles (19 %). Cette répartition reflète les motifs d'insatisfaction formulés à l'endroit des résidences privées pour personnes âgées. Depuis 2009-2010, on observe une augmentation progressive de la proportion (28 % en 2009-2010, 33 % en 2010-2011, 37 % en 2011-2012) des motifs d'insatisfaction en lien avec les soins et les services (voir le tableau 2.17).

TABLEAU 2.17
Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS*	2011-2012		2010-2011		2009-2010	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	11	19 %	11	17 %	10	26 %
Soins et services offerts	21	37 %	22	33 %	11	28 %
Accessibilité et continuité	2	3,5 %	2	3 %	2	5 %
Organisation du milieu et matériel	21	37 %	30	45 %	14	36 %
Aspect financier	2	3,5 %	1	2 %	2	5 %
Droits particuliers	0	0 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	57	100 %	66	100 %	39	100 %

* Pour obtenir une présentation détaillée des motifs d'intervention, voir l'annexe V.

La totalité des 57 motifs d'intervention nommés a fait l'objet d'un traitement complet par le commissaire ou par son substitut (voir le tableau 2.18).

Contrairement aux plaignants, qui ont nommé en moyenne 1,9 motif d'insatisfaction par plainte conclue, les personnes qui ont signalé un problème ont eu tendance à relever un plus grand nombre de motifs d'insatisfaction, soit une moyenne de 2,5 motifs par signalement retenu.

Parmi les 57 motifs d'intervention (voir le tableau 2.18), 51 % ont donné lieu à des mesures correctives (29), comparativement à 41 % l'année précédente. Dans 28 cas, aucune mesure corrective n'a été mise en place parce que le problème à l'origine du signalement a été résolu en cours de traitement ou parce que le résultat de l'examen a démontré que le motif n'était pas valable.

TABLEAU 2.18
Nombre de motifs pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs et les catégories de traitement en 2011-2012

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON TERMINÉ			TRAITEMENT TERMINÉ		TOTAL
	REJETÉ SUR EXAMEN SOMMAIRE	ABANDONNÉ PAR LE SIGNALANT	REFUSÉ OU INTERROMPU	SANS MESURE CORRECTIVE	AVEC MESURES CORRECTIVES	
Relations interpersonnelles	0	0	0	0	0	0
Soins et services	0	0	0	10	11	21
Accessibilité et continuité	0	0	0	2	0	2
Organisation du milieu et matériel	0	0	0	0	0	0
Aspect financier	0	0	0	1	1	2
Droits particuliers	0	0	0	13	8	21
Autres objets de signalement	0	0	0	2	9	11
SOUS-TOTAL	**0**	**0**	**0**	**28**	**29**	**57**
TOTAL	**0**			**57**		

2.2.3 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES

Afin d'améliorer la qualité des services, 36 mesures correctives ont été proposées pour répondre aux motifs d'intervention; 22 % de ces mesures étaient à portée individuelle et 78 %, à portée globale (voir le tableau 2.19).

Les mesures correctives à portée individuelle (8) ont visé principalement à résoudre des problèmes associés aux relations interpersonnelles (5). Les mesures proposées pour corriger les problèmes soulevés visaient l'adaptation des soins et des services aux besoins particuliers d'une personne et à rétablir une relation harmonieuse entre les parties.

Les mesures correctives à portée globale (28) ont eu pour objectif principal de résoudre des problèmes associés à l'organisation du milieu (12) ainsi qu'aux soins et aux services offerts (9). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés concernaient principalement l'adaptation du milieu (39 %), la révision des règles et des procédures, tant administratives que cliniques (28 %), et l'adaptation des soins et des services (21 %).

TABLEAU 2.19
Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs en 2011-2012

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIES DE MOTIFS						TOTAL	
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION DU MILIEU ET MATÉRIEL	ASPECT FINANCIER	DROITS PARTICULIERS		
PORTÉE INDIVIDUELLE : 22 % (8)								
MESURES	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**%**
Adaptation soins/services	3	1	0	0	0	0	4	50 %
Conciliation/médiation	1	0	0	1	0	0	2	25 %
Information/sensibilisation	1	1	0	0	0	0	2	25 %
SOUS-TOTAL	5	2	0	1	0	0	8	100 %
PORTÉE GLOBALE : 78 % (28)								
MESURES	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**Nombre**	**%**
Adaptation soins/services	1	4	0	1	0	0	6	21 %
Adaptation milieu/matériel	0	0	0	11	0	0	11	39 %
Révision règles/procédures	5	3	0	0	0	0	8	28 %
Communication et promotion	0	0	0	0	1	0	1	4 %
Formation et supervision	0	2	0	0	0	0	2	8 %
SOUS-TOTAL	6	9	0	12	1	0	28	100 %
TOTAL	11	11	0	13	1	0	36	

2.2.4 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES

Les mesures correctives proposées pour améliorer la qualité des services aux usagers se répartissent en 2 catégories : les engagements pris par l'organisation visée lors de l'intervention et les recommandations formulées par le commissaire régional ou par son substitut.

Parmi les 36 mesures correctives, on dénombre 20 engagements (56 %) pris par les organisations visées et 16 recommandations formulées par le commissaire (44 %) afin de résoudre les problèmes signalés (voir le tableau 2.22). Le processus d'intervention se distingue par une proportion plus importante d'engagements pris par l'organisation visée (56 %), comparativement au processus de traitement d'une plainte (39 %).

Globalement, 78 % (28) des mesures correctives proposées ont été implantées ou étaient en cours d'implantation au 31 mars 2012. La totalité (20) des engagements pris par les organisations visées a été respectée. La moitié (8) des recommandations du commissaire ou de son substitut a été respectée. Rien ne laisse croire, pour l'instant, que les autres recommandations concernant une intervention ne seront pas implantées à leur échéance. Cette dernière répartition est équivalente à celle de l'année précédente.

TABLEAU 2.20
Nombre et pourcentage de mesures correctives des interventions, selon la catégorie de mesures et le statut pour l'année 2011-2012

MESURES CORRECTIVES	IMPLANTÉES		EN COURS		REFUS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Engagements	20	100 %	0	0 %	0	0 %	20	100 %
Recommandations	8	50 %	8	50 %	0	0 %	16	100 %
TOTAL	**28**	**78 %**	**8**	**22 %**	**0**	**0 %**	**36**	**100 %**

2.2.5 DÉLAI DE TRAITEMENT DES INTERVENTIONS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux ne prévoit pas, comme elle le fait pour les plaintes, de délai souhaitable pour conclure une intervention à la suite du signalement d'un usager, de son représentant ou d'une tierce personne.

En 2011-2012, 68 % des interventions (15) ont été conclues à l'intérieur d'un délai de 45 jours, comparativement à 58 % et 54 % lors des années précédentes (voir le tableau 2.21). La totalité (7) des interventions qui ont nécessité plus de 45 jours avant leur conclusion concernait le secteur des résidences privées pour personnes âgées.

TABLEAU 2.21
Nombre et pourcentage d'interventions conclues, selon le délai de traitement (en jours) et l'année

DÉLAI DE TRAITEMENT	2011-2012		2010-2011		2009-2010	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
3 jours et moins	9	41 %	6	19 %	1	4 %
4 à 15 jours	2	9 %	5	15 %	6	25 %
16 à 30 jours	2	9 %	5	15 %	5	21 %
31 à 45 jours	2	9 %	3	9 %	1	4 %
SOUS-TOTAL	**15**	**68 %**	**19**	**58 %**	**13**	**54 %**
45 à 60 jours	5	23 %	1	3 %	2	8 %
61 à 90 jours	0	0 %	6	18 %	1	4 %
91 à 180 jours	2	9 %	2	6 %	8	34 %
181 jours et plus	0	0 %	5	15 %	0	0 %
SOUS-TOTAL	**7**	**32 %**	**14**	**42 %**	**11**	**46 %**
TOTAL	**22**	**100 %**	**33**	**100 %**	**24**	**100 %**

2.3 CONSTATS PAR ORGANISATION VISÉE : PLAINTES ET INTERVENTIONS

2.3.1 RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES

En avril 2012, on dénombrait 167 résidences privées pour personnes âgées dans la région de la Capitale-Nationale, ce qui représente une diminution par rapport aux données des 2 dernières années (176 en 2011, 192 en 2010). On constate toutefois un plus grand nombre de logements en location (12 066) comparativement aux données des 2 dernières années (11 441 en 2011, 9 571 en 2010). Le nombre moyen de logements en location par résidence est de 72 dans la région de la Capitale-Nationale, alors qu'il est de 97 à Montréal et de 120 à Laval. Le taux d'occupation de ces résidences dans la région de la Capitale-Nationale est de 88 %, comparativement à 97 % l'année précédente. Parmi les 167 résidences, 99 % (166) offraient le service de repas, 84 %, de l'assistance personnelle (141), 92 %, de l'aide domestique (154) et 51 %, des soins infirmiers (85).

En regroupant les données sur les plaintes et les interventions, on constate, de façon plus évidente, l'importance de l'application du régime d'examen des plaintes pour les personnes qui habitent dans les résidences privées pour personnes âgées (voir le tableau 2.22).

Toutes proportions gardées, les résidences privées pour personnes âgées, avec 51 % des plaintes et des signalements traités, sont surreprésentées au regard des motifs d'insatisfaction et des mesures correctives proposées. En effet, les résidences cumulent la plus grande part (69 %) des motifs d'insatisfaction et sont visées par près des trois quarts des mesures correctives proposées (70 %).

TABLEAU 2.22
Nombre et pourcentage de plaintes et d'interventions conclues, de motifs de plainte et d'intervention et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2011-2012

ORGANISATIONS VISÉES	PLAINTES ET INTERVENTIONS		MOTIFS D'INSATISFACTION		MESURES CORRECTIVES	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	41	51 %	113	69 %	75	70 %
Organismes communautaires	11	14 %	18	11 %	9	9 %
Ressources en toxicomanie/jeu pathologique	1	1 %	2	1 %	5	4 %
Services préhospitaliers d'urgence	14	18 %	17	10 %	10	9 %
Agence de la Capitale-Nationale	11	14 %	13	8 %	8	8 %
Autre	2	2 %	2	1 %	0	0 %
TOTAL	**80**	**100 %**	**165**	**100 %**	**107**	**100 %**

Le tableau 2.23 démontre qu'une proportion très importante (41 %) des motifs d'insatisfaction dans les résidences concerne l'organisation du milieu de vie et les soins et services offerts (32 %), suivis des relations interpersonnelles (17 %).

L'analyse des plaintes et des interventions dans ce secteur fait ressortir des problèmes récurrents au fil des ans. Soulignons la difficulté de recruter du personnel qualifié, une offre de service qui ne correspond pas aux besoins d'une partie de la clientèle et la méconnaissance de certaines conditions de santé, comme les problèmes cognitifs ou de santé mentale, ou encore les troubles du comportement. Le partenariat accru entre les résidences privées pour personnes âgées et les centres de santé et de services sociaux, ainsi que la recertification des

résidences privées pour personnes âgées constituent des mesures prometteuses pour résoudre les problèmes observés.

TABLEAU 2.23
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes et les interventions conclues, selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2011-2012

CATÉGORIES DE MOTIFS	RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES		ORGANISMES COMMUNAUTAIRES		RESSOURCES EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE		SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE		AGENCE	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	19	17 %	5	28 %	0	0 %	2	12 %	1	8 %
Soins et services offerts	36	32 %	1	5 %	0	0 %	9	53 %	2	15 %
Accessibilité et continuité	1	1 %	5	28 %	0	0 %	5	29 %	3	23 %
Organisation milieu/matériel	47	41 %	5	28 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Aspect financier	8	7 %	2	11 %	1	50 %	1	6 %	4	31 %
Droits particuliers	2	2 %	0	0 %	1	50 %	0	0 %	3	23 %
TOTAL	113	100 %	18	100 %	2	100 %	17	100 %	13	100 %

Généralement, les propriétaires des résidences privées rencontrés au cours du traitement des plaintes et des interventions ont fait preuve d'ouverture et de collaboration pour discuter des situations problématiques et tenter de trouver des solutions aux motifs d'insatisfaction.

2.3.2 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

La région de la Capitale-Nationale compte au-delà de 250 organismes communautaires qui œuvrent en santé et services sociaux et qui répondent aux critères de l'article 334 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux[2]. Les plaintes à l'égard des services offerts par ces organismes sont de la compétence du commissaire régional des agences de la santé et des services sociaux de chaque région.

Les utilisateurs des services des organismes communautaires portent plainte ou font un signalement au commissaire principalement pour résoudre des problèmes (18) liés aux soins et aux services offerts (28 %), aux relations interpersonnelles (28 %) et à l'accessibilité aux services (28 %) (voir le tableau 2.23). L'examen des plaintes (10) et des signalements (1) a révélé que, très souvent, les organismes ne possèdent pas de procédure interne pour gérer les insatisfactions de leur clientèle. De plus, on observe souvent que les attentes des clients dépassent l'offre de service de l'organisme ou n'y correspondent pas.

[2] Article 334 : « Dans la présente loi, on entend par "organisme communautaire" une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées aux domaines de la santé et des services sociaux. » (L.R.Q., chapitre S-4.2)

En 2011-2012, 9 mesures correctives ont été implantées par les organismes communautaires. Dans tous les cas, les gestionnaires des organismes ont démontré une grande volonté de répondre aux besoins de leur clientèle et d'améliorer leurs services en fonction de leur mission et dans la mesure de leurs possibilités.

2.3.3 RESSOURCES D'HÉBERGEMENT EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE

Depuis le 1er juillet 2010, la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services s'applique aux ressources certifiées en toxicomanie ou en jeu pathologique offrant de l'hébergement. Les commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services ont donc le mandat de traiter les plaintes et de recevoir des signalements dans ce secteur d'activité pour une deuxième année.

Une seule plainte a été déposée au commissaire en 2011-2012. Elle cumulait 2 motifs d'insatisfaction en lien avec le respect des droits et l'aspect financier (voir le tableau 2.23). Cette plainte a entraîné 4 recommandations du commissaire pour le volet respect des droits, et une mesure corrective appliquée par l'organisation visée pour le volet financier. Tant les recommandations que la mesure corrective ont été mises en application par l'organisme visé par la plainte.

2.3.4 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

En 2011-2012, 14 plaintes conclues concernaient les services préhospitaliers d'urgence, soit les services ambulanciers (9) et le Centre de communication santé des Capitales (5).

Les 17 motifs de plaintes conclues en 2011-2012 en lien avec les services préhospitaliers d'urgence, appartenaient principalement à 3 catégories : les soins et services offerts (53 %), l'accessibilité aux services (29 %), les relations interpersonnelles (12 %) et l'aspect financier (6 %) (voir le tableau 2.23). Les usagers sont principalement insatisfaits du délai qui s'écoule avant l'arrivée de l'ambulance ainsi que de l'évaluation et du jugement professionnel des techniciens ambulanciers et paramédicaux et des répondants médicaux d'urgence du Centre de communication santé des Capitales.

Au total, 6 motifs de plaintes ont fait l'objet de mesures correctives (10). Ces mesures visaient principalement les relations interpersonnelles, notamment l'importance de respecter le code d'éthique des organisations, et l'application des protocoles utilisés dans le secteur préhospitalier d'urgence.

Les 11 motifs d'insatisfaction pour lesquels aucune recommandation n'a été formulée témoignaient d'une méconnaissance de la part des plaignants des procédures et des normes entourant le transport ambulancier. Les lettres de conclusion expédiées à la fin de l'examen de la plainte ou de l'intervention visaient, notamment, à donner au plaignant les explications lui permettant d'avoir une meilleure compréhension des éléments qu'il avait portés à l'attention du commissaire régional.

Tant le Centre de communication santé des Capitales que les compagnies ambulancières visées par les plaintes et les signalements ont fait preuve d'ouverture et ont offert leur entière collaboration pour le traitement de chacun des dossiers.

2.3.5 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE

Les motifs d'insatisfaction (13) au sujet de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (Agence) ont été formulés à l'intérieur de 10 plaintes et d'une intervention conclues par le commissaire régional.

Quatre plaintes portaient sur les difficultés d'accès au programme des Services intensifs de soutien à domicile (SISAD), géré par les centres de santé et de services sociaux (CSSS), et demandaient à l'Agence d'accorder des sommes supplémentaires aux CSSS pour leur permettre de réduire les délais d'attente. Les lettres de conclusion expédiées au plaignant précisaient les responsabilités de l'Agence en matière d'allocation budgétaire et les responsabilités des établissements au regard de la gestion de leur liste d'attente.

Une plainte concernait un usager de la région de la Capitale-Nationale qui désirait se faire rembourser par l'Agence le coût d'une thérapie afin de traiter un problème de jeu pathologique. Il avait choisi de suivre une thérapie auprès d'une ressource dans une autre région administrative. Considérant que les ressources existent dans notre région, cette thérapie n'est pas remboursable.

Une autre plainte était en lien avec un projet de transfert de clientèle d'un milieu d'hébergement à un autre et de l'entente qui lie l'Agence avec le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) concerné. Quatre recommandations ont été formulées à l'Agence. Deux étaient en lien avec le pilotage et le suivi du projet et 2 autres concernaient les indicateurs de qualité et le processus de reddition de comptes à inclure dans l'entente entre l'Agence et le CHSLD. En cours d'année, une recommandation a été suivie par le directeur régional des programmes clientèles de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et les 3 autres sont en cours d'implantation.

Enfin, 4 des 10 plaintes et l'intervention visent à souligner un problème lié à l'application du Programme d'évaluation et de coordination des admissions en hébergement (PECA). Il s'agit d'une diminution par rapport aux données de l'année précédente (-3 plaintes).

Les motifs d'insatisfaction concernent surtout des modalités d'admission en CHSLD et d'attribution des places en hébergement transitoire pour les usagers en attente dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Parmi les 4 plaintes traitées et l'intervention, 2 plaintes ont fait l'objet de mesures particulières du PECA et de recommandations du commissaire.

Les 2 recommandations visaient l'amélioration des communications entre la famille de l'usager et les différents partenaires impliqués dans le processus d'admission en CHSLD. Tout au long de ce dernier processus, la personne doit obtenir les renseignements nécessaires pour lui permettre de comprendre les décisions qui la concernent. L'information doit être complète, claire et concise. De plus, la personne doit savoir à qui s'adresser pour obtenir une réponse adéquate à ses questions.

Dans cette perspective, une recommandation a été faite à l'Agence pour qu'elle prenne les mesures nécessaires pour sensibiliser les différents établissements impliqués dans le processus d'admission en CHSLD à l'importance de transmettre à l'usager et à ses proches une information qui soit juste, complète et cohérente, d'un intervenant à l'autre et d'une organisation à l'autre.

De plus, une recommandation a été formulée pour que l'Agence s'assure que les renseignements inscrits dans la section *Délai d'attente en hébergement* de son site Web

reflètent le mieux possible la réalité, notamment en créant de nouvelles catégories pour les CHSLD où le délai d'attente dépasse les 18 mois.

En cours d'année, ces 2 recommandations ont été suivies par le directeur régional des programmes pour les clientèles de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

De façon générale, l'analyse des plaintes et des demandes d'assistance au sujet du PECA fait ressortir une méconnaissance, de la part des plaignants, des procédures et des normes entourant notamment l'hébergement de transition et l'hébergement en soins de longue durée. Les lettres de conclusion expédiées aux plaignants à la fin de l'examen de leur plainte visaient, notamment, à leur donner les explications nécessaires pour leur permettre d'avoir une meilleure compréhension des éléments qu'ils avaient portés à l'attention du commissaire régional. Ce constat était également fait dans le rapport annuel de l'année précédente.

2.4 DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION

Dans le cadre de ses fonctions, le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est appelé à répondre à des demandes d'assistance et de consultation provenant de la population, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région ou à des demandes d'autres partenaires externes.

Il est souvent possible d'offrir une réponse rapide à ces demandes tout en anticipant ou en prévenant des plaintes liées, par exemple, aux droits ou encore aux normes de fonctionnement et d'accès à différents services.

2.4.1 DEMANDES D'ASSISTANCE

Une demande d'assistance est une demande d'aide. Elle exige parfois des démarches de recherche, de suivi et souvent d'accompagnement de la part du commissaire ou de son adjointe administrative. Les demandes d'assistance provenaient essentiellement des usagers, de leurs proches ou de la population en général.

En 2011-2012, un suivi a été donné à 291 demandes d'assistance, comparativement à 232 et 147 au cours des années précédentes. Dans une proportion de 67 % (196), les demandeurs souhaitaient qu'on les aide à formuler une plainte et, dans une moindre mesure (33 %), qu'on leur facilite l'obtention d'un service (95). La réponse aux demandes d'assistance a été fournie principalement par l'adjointe administrative au commissaire, ensuite par le commissaire ou par son substitut.

Les 291 demandes d'assistance se concentraient principalement dans 2 catégories : soins et services offerts (28 %) et accessibilité ou continuité des services (21 %) (voir le tableau 2.24). Depuis 2009-2010, on observe une augmentation progressive de la proportion (12 % en 2009-2010, 19 % en 2010-2011, 28 % en 2011-2012) des motifs d'insatisfaction en lien avec les soins et les services. Ce phénomène était également observé en ce qui a trait aux interventions.

Les actions entreprises pour répondre aux demandes d'assistance ont consisté principalement à orienter la personne vers le bon service (77 %) et à lui fournir de l'information générale (19 %)

sur le fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux ou sur le régime d'examen des plaintes (voir le tableau 2.25). Ce portrait est similaire à celui de l'année précédente.

TABLEAU 2.24
Nombre et pourcentage des motifs des demandes d'assistance, selon les catégories de motifs et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS	2011-2012		2010-2011		2009-2010	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	19	6 %	28	12 %	5	3 %
Soins et services offerts	82	28 %	44	19 %	17	12 %
Accessibilité et continuité	60	21 %	74	32 %	67	46 %
Organisation milieu/matériel	54	19 %	21	9 %	13	9 %
Aspect financier	46	16 %	28	12 %	12	8 %
Droits particuliers	18	6 %	26	11 %	13	9 %
Autres objets de demande	12	4 %	11	5 %	20	13 %
TOTAL	291	100 %	232	100 %	147	100 %

TABLEAU 2.25
Nombre et pourcentage des actions entreprises à la suite des demandes d'assistance, selon les catégories d'actions et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS	2011-2012		2010-2011		2009-2010	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Information générale	56	19,3 %	38	16 %	52	35 %
Clarification	3	1 %	4	2 %	4	3 %
Intercession ou liaison	4	1,4 %	8	4 %	12	8 %
Obtention d'un soin ou service	0	0 %	2	1 %	0	0 %
Référence	225	77,3 %	177	76 %	75	51 %
Autres	3	1 %	3	1 %	4	3 %
TOTAL	291	100 %	232	100 %	147	100 %

2.4.2 DEMANDES DE CONSULTATION

Une consultation est la réponse à une demande d'information ou à une demande d'avis sur un sujet concernant le régime d'examen des plaintes. Elle exige parfois des démarches de recherche et de suivi.

En 2011-2012, un suivi a été donné à 21 demandes de consultation. Elles provenaient des commissaires locaux ou régionaux (7) et des différents partenaires du régime d'examen des plaintes (14). Les demandes portaient principalement sur les droits des usagers et les soins et services offerts.

2.5 AUTRES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE

En plus de traiter les plaintes et les signalements, de fournir de l'assistance et de répondre aux demandes de consultation, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services doit :

- ✓ collaborer avec les autres commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services;
- ✓ collaborer avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes;
- ✓ soutenir le développement et le suivi régional du Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS);
- ✓ collaborer au développement et à l'organisation des activités liées au régime d'examen des plaintes et aux droits des usagers, tant à l'échelle régionale que provinciale;
- ✓ produire et présenter au conseil d'administration, pour approbation, un rapport annuel intégrant le bilan de ses activités ainsi qu'une synthèse des rapports annuels des commissaires locaux des établissements de la région;
- ✓ assurer un suivi périodique, auprès du Comité de vigilance et de la qualité des services, des engagements des organisations visées et de ses recommandations, tant pour les plaintes que pour les signalements;
- ✓ assurer la promotion de l'indépendance de son rôle de commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- ✓ assurer le développement de son expertise, notamment par la formation appropriée et par la mise à niveau de ses connaissances.

En 2011-2012, 24 activités dites « autres activités du commissaire » ont été enregistrées dans le SIGPAQS. Les trois quarts (76 %) de ces activités étaient liés à l'amélioration du fonctionnement du régime d'examen des plaintes (voir le tableau 2.26), ce qui est relativement comparable à la proportion observée (72 %) l'année précédente.

Il s'agissait principalement d'activités de collaboration avec la Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux, le Protecteur du citoyen, les commissaires régionaux, le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes et les commissaires locaux de la région de la Capitale-Nationale. De plus, il a présidé les deux réunions de la Table de concertation des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de la Capitale-Nationale, dont le mandat est de contribuer à l'amélioration de l'application du régime d'examen des plaintes.

D'autres activités ont été accomplies dans le but d'implanter une procédure efficace de traitement des signalements et des interventions, y compris le suivi des engagements et des recommandations. Enfin, la participation à des activités de formation a servi à développer l'expertise requise pour exercer avec efficacité la fonction de commissaire régional.

TABLEAU 2.26

Nombre et pourcentage des activités du commissaire, selon les catégories d'activités et l'année

CATÉGORIES D'ACTIVITÉS	2011-2012		2010-2011	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Promotion ou information	2	8 %	6	17 %
Communication au conseil d'administration	2	8 %	1	3 %
Participation au Comité de vigilance et de la qualité des services	2	8 %	3	8 %
Collaboration au fonctionnement du régime d'examen des plaintes	18	76 %	26	72 %
TOTAL	**24**	**100 %**	**36**	**100 %**

ANNEXES

ANNEXE I

Liste des établissements de la région de la Capitale-Nationale

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	MISSION**
Centre d'hébergement du Boisé ltée	• CHSLD privé conventionné
Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes inc.	• CHSLD privé conventionné
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec	• CRDI
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV)	• CRPAT
Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord	• CHSGS • CHSLD • CLSC
Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix	• CHSGS • CHSLD • CLSC • CRDI • CRDP-MOT (CRDM)
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale	• CHSGS • CHSLD • CLSC
Centre de santé et de services sociaux de Portneuf	• CHSGS • CHSLD • CLSC
Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA)	• CHSGS
Centre hospitalier Notre-Dame-du-Chemin inc.	• CHSLD privé conventionné
Centre hospitalier Saint-François inc.	• CHSLD privé conventionné
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)	• CHSGS
Centre jeunesse de Québec	• CJ
Centre d'hébergement et de soins longue durée Côté-Jardin inc.	• CHSLD privé non conventionné
Conseil de la Nation huronne-wendat*	• CHSLD privé non conventionné
Groupe Champlain inc. (Centre d'hébergement Champlain des Montagnes)	• CHSLD privé conventionné

ANNEXE I (suite)

Liste des établissements de la région de la Capitale-Nationale

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	MISSION**
Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	• CHSGS • CHSLD
Hôpital Sainte-Monique inc.	• CHSLD privé conventionné
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ)	• CRDP-AUD • CRDP-MOT • CRDP-VIS
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	• CHSGS
Institut universitaire en santé mentale de Québec	• CHSP • CHSLD
Jardins du Haut-Saint-Laurent (1992) inc.	• CHSLD privé non conventionné
La Corporation Notre-Dame de Bon-Secours (La Champenoise)	• CHSLD privé conventionné
La Maison Legault inc.*	• CHSLD privé non conventionné
La Maison Michel-Sarrazin	• CHSGS privé conventionné spécifique
Le Centre d'accueil Nazareth inc.	• CHSLD privé conventionné
CHSLD Domaine Saint-Dominique S.E.C.	• CHSLD privé non conventionné
Vigi Santé ltée (Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi de Saint-Augustin)	• CHSLD privé conventionné

* Aucune plainte formulée, intervention réalisée et assistance apportée.

** Voir annexe II pour connaître la signification des sigles et acronymes.

ANNEXE II

Liste des sigles et des acronymes

SIGLE	DÉFINITION
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CRDI	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique
CRPAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes
CSSS	Centre de santé et de services sociaux

ANNEXE III

Description des catégories de motifs de plaintes et d'interventions

Catégories*	Objets de plaintes et de signalements	
Accessibilité et continuité	▪ Délai ▪ Refus de services ▪ Transfert ▪ Absence de ressources ▪ Accessibilité linguistique ▪ Choix de l'établissement ou du professionnel	
Soins et services offerts	▪ Habiletés techniques et professionnelles ▪ Évaluation, jugement professionnel ▪ Traitement ou intervention ▪ Continuité ▪ Conduite routière	
Relations interpersonnelles	▪ Fiabilité ▪ Respect de la personne ▪ Respect de la vie privée ▪ Empathie ▪ Communication avec l'entourage (famille, proches, etc.)	▪ Violence et abus ▪ Attitude ▪ Disponibilité ▪ Identification du personnel
Organisation et ressources matérielles	▪ Alimentation ▪ Intimité ▪ Mixité des clientèles ▪ Organisation spatiale ▪ Hygiène et salubrité ▪ Confort et commodités ▪ Relations avec la communauté	▪ Équipement et materiel ▪ Stationnement ▪ Règles et procédures de milieu de vie ▪ Conditions de vie adaptées au caractère ethnoculturel et religieux ▪ Sécurité et protection
Aspect financier	▪ Facturation ▪ Frais d'hébergement ▪ Frais de déplacement ▪ Frais de transport ambulancier ▪ Frais de médicaments ▪ Frais de stationnement	▪ Besoins spéciaux ▪ Aide matérielle et financière ▪ Allocation des ressources financières ▪ Réclamation ▪ Sollicitation
Droits particuliers	▪ Information adéquate ▪ Dossier de l'usager et dossier de plaintes ▪ Participation de l'usager ▪ Consentement aux soins	▪ Consentement à l'expérimentation ▪ Droit à la représentation ▪ Droit à l'assistance ▪ Droit de porter plainte ▪ Recours

* Comme définis par le Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS).

ANNEXE IV

Motifs détaillés des plaintes et des interventions - commissaire local et médecin examinateur

SECTION 1 - PLAINTES

Commissaire local

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cassé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Absence de service ou de ressource	1	0	0	0	1	3.13	9	20	29	6.76	30	1.69
Délais	7	9	1	5	22	68.75	83	237	320	74.59	342	19.32
Difficulté d'accès	4	1	0	1	6	18.75	19	21	40	9.32	46	2.60
Refus de services	1	0	1	1	3	9.38	10	22	32	7.46	35	1.98
Autre	0	0	0	0	0	0.00	4	4	8	1.86	8	0.45
Sous-total	13	10	2	7	32	100.00	125	304	429	100.00	461	26.05
Aspect financier												
Allocation de ressources matérielles et financières	0	0	0	0	0	0.00	14	15	29	30.21	29	1.64
Facturation	0	0	0	0	0	0.00	6	4	10	10.42	10	0.56
Frais de déplacement / transport	0	0	0	0	0	0.00	2	1	3	3.13	3	0.17
Frais d'hébergement / placement	0	0	2	0	2	40.00	11	31	42	43.75	44	2.49
Processus de réclamation	0	0	1	1	2	40.00	4	7	11	11.46	13	0.73
Autre	0	0	0	1	1	20.00	1	0	1	1.04	2	0.11
Sous-total	0	0	3	2	5	100.00	38	58	96	100.00	101	5.71
Droits particuliers												
Accès au dossier de l'usager et dossier de plainte	0	0	0	0	0	0.00	13	11	24	26.67	24	1.36
Assistance / accompagnement	0	1	0	0	1	12.50	0	1	1	1.11	2	0.11
Choix du professionnel	1	0	0	0	1	12.50	0	1	1	1.11	2	0.11
Choix de l'établissement	1	0	0	0	1	12.50	0	4	4	4.44	5	0.28
Consentement	0	0	0	0	0	0.00	0	3	3	3.33	3	0.17
Droit à l'information	1	1	1	0	3	37.50	17	14	31	34.44	34	1.92
Droit à un accommodement raisonnable	0	0	0	0	0	0.00	2	1	3	3.33	3	0.17
Droit de porter plainte	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	1.11	1	0.06
Droit de recours	0	0	1	0	1	12.50	0	1	1	1.11	2	0.11

SECTION 1 - PLAINTES

Commissaire local

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Participation de l'usager ou de son représentant	0	0	0	0	0	0.00	2	6	8	8.89	8	0.45
Représentation	0	0	0	0	0	0.00	1	3	4	4.44	4	0.23
Sécurité	0	0	0	0	0	0.00	1	4	5	5.56	5	0.28
Autre	0	0	1	0	1	12.50	0	4	4	4.44	5	0.28
Sous-total	3	2	3	0	8	100.00	37	53	90	100.00	98	5.54
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Alimentation	0	0	0	0	0	0.00	3	14	17	9.55	17	0.96
Compatibilité des clientèles	0	0	0	0	0	0.00	4	3	7	3.93	7	0.40
Conditions d'intervention ou de séjour adaptées	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	0.56	1	0.06
Confort et commodité	1	2	0	2	5	29.41	22	16	38	21.35	43	2.43
Équipement et matériel	0	1	0	2	3	17.65	13	10	23	12.92	26	1.47
Hygiène / salubrité / désinfection	2	0	0	0	2	11.76	9	7	16	8.99	18	1.02
Organisation spatiale	0	1	1	0	2	11.76	8	4	12	6.74	14	0.79
Règles et procédures du milieu	2	0	0	2	4	23.53	9	20	29	16.29	33	1.86
Sécurité et protection	0	1	0	0	1	5.88	19	14	33	18.54	34	1.92
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	2	2	1.12	2	0.11
Sous-total	5	5	1	6	17	100.00	87	91	178	100.00	195	11.02
Relations interpersonnelles												
Abus	4	0	3	2	9	17.65	9	22	31	9.84	40	2.26
Communication / attitude	11	5	3	11	30	58.82	117	77	194	61.59	224	12.66
Discrimination-racisme	0	0	0	0	0	0.00	0	3	3	0.95	3	0.17
Fiabilité / disponibilité	0	0	0	1	1	1.96	8	6	14	4.44	15	0.85
Respect	2	4	1	2	9	17.65	35	35	70	22.22	79	4.46
Autre	0	1	0	1	2	3.92	1	2	3	0.95	5	0.28
Sous-total	17	10	7	17	51	100.00	170	145	315	100.00	366	20.68
Soins et services dispensés												

SECTION 1 - PLAINTES

Commissaire local

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	2	3	2	1	8	8.16	44	25	69	15.58	77	4.35
Continuité	1	2	4	2	9	9.18	58	64	122	27.54	131	7.40
Décision clinique	6	1	4	11	22	22.45	22	39	61	13.77	83	4.69
Organisation des soins et services (systémique)	1	1	1	2	5	5.10	7	15	22	4.97	27	1.53
Traitement / intervention / services (action faite)	14	6	3	23	46	46.94	84	77	161	36.34	207	11.69
Autre	1	0	0	7	8	8.16	3	5	8	1.81	16	0.90
Sous-total	25	13	14	46	98	100.00	218	225	443	100.00	541	30.56
Autre												
Sous-total	0	2	0	5	7	100.00	0	1	1	100.00	8	0.45
TOTAL	63	42	30	83	218	100.00	675	877	1552	100.00	1770	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Nom de l'instance : Toutes

Nom de l'établissement : 03- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

Région : Capitale-Nationale

SECTION 1 - PLAINTES

Médecin examinateur

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Délais	0	0	0	0	0	0.00	2	4	6	85.71	6	2.70
Difficulté d'accès	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	14.29	1	0.45
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	2	5	7	100.00	7	3.15
Aspect financier												
Frais de déplacement / transport	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	100.00	1	0.45
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	1	0	1	100.00	1	0.45
Droits particuliers												
Accès au dossier de l'usager et dossier de plainte	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	40.00	2	0.90
Choix du professionnel	1	0	0	0	1	33.33	0	0	0	0.00	1	0.45
Choix de l'établissement	0	0	0	1	1	33.33	0	0	0	0.00	1	0.45
Consentement	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	20.00	1	0.45
Droit à l'information	0	0	0	1	1	33.33	1	0	1	20.00	2	0.90
Participation de l'usager ou de son représentant	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	20.00	1	0.45
Sous-total	1	0	0	2	3	100.00	3	2	5	100.00	8	3.60
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Règles et procédures du milieu	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	100.00	1	0.45
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	1	1	100.00	1	0.45
Relations interpersonnelles												
Abus	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	1.69	1	0.45
Communication / attitude	4	0	0	1	5	100.00	15	31	46	77.97	51	22.97
Discrimination-racisme	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	1.69	1	0.45
Respect	0	0	0	0	0	0.00	8	3	11	18.64	11	4.95
Sous-total	4	0	0	1	5	100.00	24	35	59	100.00	64	28.83
Soins et services dispensés												

SECTION 1 - PLAINTES

Médecin examinateur

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	1	0	0	1	2	8.70	5	15	20	17.54	22	9.91
Continuité	4	0	0	1	5	21.74	15	14	29	25.44	34	15.32
Décision clinique	5	2	1	3	11	47.83	7	44	51	44.74	62	27.93
Traitement / intervention / services (action faite)	4	1	0	0	5	21.74	4	9	13	11.40	18	8.11
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	0.88	1	0.45
Sous-total	14	3	1	5	23	100.00	31	83	114	100.00	137	61.71
Autre												
Sous-total	0	2	0	1	3	100.00	0	1	1	100.00	4	1.80
TOTAL	19	5	1	9	34	100.00	61	127	188	100.00	222	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Nom de l'instance : Toutes

Nom de l'établissement : 03- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

Région : Capitale-Nationale

SECTION 1 - PLAINTES

Comité de révision

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Délais	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	100.00	1	3.03
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	1	1	100.00	1	3.03
Aspect financier												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
Droits particuliers												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
Relations interpersonnelles												
Communication / attitude	0	0	0	0	0	0.00	1	3	4	66.67	4	12.12
Discrimination-racisme	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	16.67	1	3.03
Respect	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	16.67	1	3.03
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	1	5	6	100.00	6	18.18
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	4.00	1	3.03
Continuité	0	0	0	0	0	0.00	0	4	4	16.00	4	12.12
Décision clinique	0	0	1	0	1	100.00	4	12	16	64.00	17	51.52
Traitement / intervention / services (action faite)	0	0	0	0	0	0.00	0	4	4	16.00	4	12.12
Sous-total	0	0	1	0	1	100.00	4	21	25	100.00	26	78.79
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
TOTAL	0	0	1	0	1	100.00	5	27	32	100.00	33	100.00

SECTION 2 - INTERVENTIONS

Commissaire local

Tableau 2-F ÉTAT DES DOSSIERS D'INTERVENTION DONT LE TRAITEMENT A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Délais	1	0	0	0	1	50.00	28	20	48	71.64	49	15.31
Difficulté d'accès	1	0	0	0	1	50.00	8	8	16	23.88	17	5.31
Refus de services	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	1.49	1	0.31
Autre	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	2.99	2	0.63
Sous-total	2	0	0	0	2	100.00	38	29	67	100.00	69	21.56
Aspect financier												
Allocation de ressources matérielles et financières	0	1	0	0	1	100.00	1	0	1	11.11	2	0.63
Facturation	0	0	0	0	0	0.00	3	2	5	55.56	5	1.56
Frais d'hébergement / placement	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	11.11	1	0.31
Autre	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	22.22	2	0.63
Sous-total	0	1	0	0	1	100.00	6	3	9	100.00	10	3.13
Droits particuliers												
Accès au dossier de l'usager et dossier de plainte	0	1	0	0	1	100.00	7	2	9	28.13	10	3.13
Assistance / accompagnement	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	3.13	1	0.31
Choix du professionnel	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	3.13	1	0.31
Choix de l'établissement	0	0	0	0	0	0.00	0	3	3	9.38	3	0.94
Consentement	0	0	0	0	0	0.00	0	3	3	9.38	3	0.94
Droit à l'information	0	0	0	0	0	0.00	2	2	4	12.50	4	1.25
Droit de recours	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	3.13	1	0.31
Participation de l'usager ou de son représentant	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	6.25	2	0.63
Sécurité	0	0	0	0	0	0.00	5	2	7	21.88	7	2.19
Autre	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	3.13	1	0.31
Sous-total	0	1	0	0	1	100.00	17	15	32	100.00	33	10.31
Organisation du milieu et ressources matérielles												

SECTION 2 - INTERVENTIONS

Commissaire local

Tableau 2-F ÉTAT DES DOSSIERS D'INTERVENTION DONT LE TRAITEMENT A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Alimentation	0	0	0	0	0	0.00	2	2	4	7.55	4	1.25
Compatibilité des clientèles	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	3.77	2	0.63
Conditions d'intervention ou de séjour adaptées	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	1.89	1	0.31
Confort et commodité	0	0	0	0	0	0.00	4	5	9	16.98	9	2.81
Équipement et matériel	0	0	0	0	0	0.00	3	6	9	16.98	9	2.81
Hygiène / salubrité / désinfection	0	0	0	0	0	0.00	4	2	6	11.32	6	1.88
Organisation spatiale	0	0	0	0	0	0.00	5	4	9	16.98	9	2.81
Règles et procédures du milieu	0	0	0	0	0	0.00	3	1	4	7.55	4	1.25
Sécurité et protection	0	0	0	0	0	0.00	6	2	8	15.09	8	2.50
Autre	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	1.89	1	0.31
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	30	23	53	100.00	53	16.56
Relations interpersonnelles												
Abus	0	0	0	0	0	0.00	6	8	14	22.58	14	4.38
Communication / attitude	0	1	0	0	1	50.00	24	11	35	56.45	36	11.25
Discrimination-racisme	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	1.61	1	0.31
Respect	0	1	0	0	1	50.00	5	5	10	16.13	11	3.44
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	2	2	3.23	2	0.63
Sous-total	0	2	0	0	2	100.00	36	26	62	100.00	64	20.00
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	0	0	0	0	0	0.00	8	5	13	15.48	13	4.06
Continuité	0	3	0	0	3	100.00	13	15	28	33.33	31	9.69
Décision clinique	0	0	0	0	0	0.00	2	3	5	5.95	5	1.56
Organisation des soins et services (systémique)	0	0	0	0	0	0.00	2	6	8	9.52	8	2.50
Traitement / intervention / services (action faite)	0	0	0	0	0	0.00	18	10	28	33.33	28	8.75
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	2	2	2.38	2	0.63

SECTION 2 - INTERVENTIONS

Commissaire local

Tableau 2-F ÉTAT DES DOSSIERS D'INTERVENTION DONT LE TRAITEMENT A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Sous-total	0	3	0	0	3	100.00	43	41	84	100.00	87	27.19
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	4	4	100.00	4	1.25
TOTAL	2	7	0	0	9	100.00	170	141	311	100.00	320	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Nom de l'instance : Toutes

Nom de l'établissement : 03- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

Région : Capitale-Nationale

ANNEXE V

Motifs détaillés des plaintes et des interventions - commissaire régional

SECTION 1 - PLAINTES

Commissaire régional

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Délais	0	0	0	0	0	0.00	4	4	8	72.73	8	7.41
Difficulté d'accès	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	9.09	1	0.93
Refus de services	0	0	1	0	1	100.00	1	0	1	9.09	2	1.85
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	9.09	1	0.93
Sous-total	0	0	1	0	1	100.00	5	6	11	100.00	12	11.11
Aspect financier												
Allocation de ressources matérielles et financières	0	0	4	0	4	80.00	0	1	1	11.11	5	4.63
Facturation	1	0	0	0	1	20.00	1	5	6	66.67	7	6.48
Frais de déplacement / transport	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	11.11	1	0.93
Processus de réclamation	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	11.11	1	0.93
Sous-total	1	0	4	0	5	100.00	1	8	9	100.00	14	12.96
Droits particuliers												
Choix de l'établissement	0	0	0	0	0	0.00	2	1	3	50.00	3	2.78
Droit à l'information	0	0	0	0	0	0.00	2	1	3	50.00	3	2.78
Droit de porter plainte	0	0	1	0	1	100.00	0	0	0	0.00	1	0.93
Sous-total	0	0	1	0	1	100.00	4	2	6	100.00	7	6.48
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Alimentation	0	0	0	0	0	0.00	2	10	12	42.86	12	11.11
Compatibilité des clientèles	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	3.57	1	0.93
Confort et commodité	1	0	0	0	1	33.33	0	0	0	0.00	1	0.93
Équipement et matériel	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	3.57	1	0.93
Hygiène / salubrité / désinfection	0	0	0	0	0	0.00	0	2	2	7.14	2	1.85
Organisation spatiale	1	0	1	0	2	66.67	1	2	3	10.71	5	4.63
Règles et procédures du milieu	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	7.14	2	1.85
Sécurité et protection	0	0	0	0	0	0.00	2	5	7	25.00	7	6.48

SIGPAQS - Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

SECTION 1 - PLAINTES

Commissaire régional

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Sous-total	2	0	1	0	3	100.00	8	20	28	100.00	31	28.70
Relations interpersonnelles												
Abus	0	0	1	0	1	50.00	4	1	5	33.33	6	5.56
Communication / attitude	0	0	1	0	1	50.00	6	1	7	46.67	8	7.41
Respect	0	0	0	0	0	0.00	1	2	3	20.00	3	2.78
Sous-total	0	0	2	0	2	100.00	11	4	15	100.00	17	15.74
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	0	0	0	0	0	0.00	9	7	16	61.54	16	14.81
Continuité	0	0	0	0	0	0.00	0	4	4	15.38	4	3.70
Décision clinique	0	0	1	0	1	100.00	1	2	3	11.54	4	3.70
Organisation des soins et services (systémique)	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	3.85	1	0.93
Traitement / intervention / services (action faite)	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	7.69	2	1.85
Sous-total	0	0	1	0	1	100.00	13	13	26	100.00	27	25.00
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
TOTAL	3	0	10	0	13	100.00	42	53	95	100.00	108	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Nom de l'instance : Toutes

Nom de l'établissement : 03- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

Région : Capitale-Nationale

SIGPAQS - Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

SECTION 2 - INTERVENTIONS

Commissaire régional

Tableau 2-F ÉTAT DES DOSSIERS D'INTERVENTION DONT LE TRAITEMENT A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Absence de service ou de ressource	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	50.00	1	1.75
Délais	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	50.00	1	1.75
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	2	2	100.00	2	3.51
Aspect financier												
Facturation	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	50.00	1	1.75
Autre	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	50.00	1	1.75
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	1	1	2	100.00	2	3.51
Droits particuliers												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Alimentation	0	0	0	0	0	0.00	1	5	6	28.57	6	10.53
Confort et commodité	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	4.76	1	1.75
Hygiène / salubrité / désinfection	0	0	0	0	0	0.00	3	4	7	33.33	7	12.28
Organisation spatiale	0	0	0	0	0	0.00	2	2	4	19.05	4	7.02
Sécurité et protection	0	0	0	0	0	0.00	2	1	3	14.29	3	5.26
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	8	13	21	100.00	21	36.84
Relations interpersonnelles												
Abus	0	0	0	0	0	0.00	4	1	5	45.45	5	8.77
Communication / attitude	0	0	0	0	0	0.00	3	1	4	36.36	4	7.02
Respect	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	18.18	2	3.51
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	9	2	11	100.00	11	19.30
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	0	0	0	0	0	0.00	3	2	5	23.81	5	8.77

SIGPAQS - Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

SECTION 2 - INTERVENTIONS

Commissaire régional

Tableau 2-F ÉTAT DES DOSSIERS D'INTERVENTION DONT LE TRAITEMENT A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Continuité	0	0	0	0	0	0.00	3	1	4	19.05	4	7.02
Décision clinique	0	0	0	0	0	0.00	0	2	2	9.52	2	3.51
Traitement / intervention / services (action faite)	0	0	0	0	0	0.00	5	5	10	47.62	10	17.54
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	11	10	21	100.00	21	36.84
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
TOTAL	0	0	0	0	0	100.00	29	28	57	100.00	57	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Nom de l'instance : Toutes

Nom de l'établissement : 03- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

Région : Capitale-Nationale

ANNEXE VI

Liste des tableaux

N°	Partie I - Titre des tableaux	Page
1.1	Nombre de plaintes traitées, selon le statut, le responsable et l'année	16
1.2	Nombre et pourcentage de plaintes en cours d'examen au début et à la fin de l'exercice 2011-2012, selon le responsable et la mission des établissements	17
1.3	Nombre et pourcentage de plaintes reçues en 2011-2012, selon le responsable et la mission des établissements	18
1.4	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le responsable et l'auteur	19
1.5	Nombre de l'ensemble des plaintes conclues, selon l'année et la mission des établissements	20
1.6	Nombre et pourcentage de plaintes conclues en 2011-2012, selon le responsable et la mission des établissements	20
1.7	Nombre de motifs pour l'ensemble des plaintes conclues, selon l'année	21
1.8	Nombre et pourcentage de motifs pour l'ensemble des plaintes conclues, selon la catégorie des motifs et l'année	21
1.9	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2011-2012, selon le responsable et la catégorie de motifs	22
1.10	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2011-2012, selon le responsable, les catégories de motifs et le stade de traitement	23
1.11	Nombre de motifs pour les plaintes conclues en 2011-2012, selon le responsable, les catégories de motifs et les catégories de traitement	24
1.12	Nombre de mesures correctives pour les plaintes conclues par les commissaires locaux en 2011-2012, selon la catégorie de motifs	26
1.13	Nombre de mesures correctives pour les plaintes conclues par les médecins examinateurs en 2011-2012, selon la catégorie de motifs	27
1.14	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) en 2011-2012	28
1.15	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2011-2012 et transmises en deuxième instance, selon le responsable et la catégorie de motifs	29
1.16	Nombre de plaintes traitées par les comités de révision, selon le statut et l'année	30
1.17	Nombre et pourcentage de plaintes conclues par les comités de révision en 2011-2012, selon le délai de traitement (en jours) et l'année	31
1.18	Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon leur statut et l'année	31
1.19	Nombre et pourcentage d'interventions conclues par les commissaires locaux, selon l'auteur et l'année	32
1.20	Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon l'établissement et le statut au 31 mars 2012	33

ANNEXE VI (suite)

Liste des tableaux

N°	Partie I - Titre des tableaux (suite)	Page
1.21	Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2011-2012, selon la catégorie de motifs et le stade de traitement	34
1.22	Nombre de motifs pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2011-2012, selon la catégorie de motifs et la catégorie de traitement	34
1.23	Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2011-2012, selon la catégorie de motifs	36
1.24	Nombre et pourcentage des autres activités des commissaires locaux, selon les catégories d'activités en 2011-2012	37

N°	Partie II - Titre des tableaux	Page
2.1	Nombre de plaintes traitées, selon l'année et le statut	41
2.2	Nombre et pourcentage de plaintes en cours d'examen au début et à la fin de l'exercice 2011-2012, selon l'organisation visée	42
2.3	Nombre et pourcentage de plaintes reçues, selon l'organisation visée et l'année	43
2.4	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon l'auteur et l'année	43
2.5	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, de motifs de plaintes et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2010-2011	44
2.6	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et l'année	45
2.7	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2011-2012	45
2.8	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon le stade de traitement et l'organisation visée en 2011-2012	46
2.9	Nombre de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et les catégories de traitement en 2011-2012	46
2.10	Nombre de mesures correctives proposées pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs en 2011-2012	48
2.11	Nombre et pourcentage de mesures correctives mises en place à la suite de plaintes, selon la catégorie de mesures et le statut pour l'année 2011-2012	49
2.12	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) et l'année	50
2.13	Nombre et pourcentage de plaintes conclues en 45 jours et moins, selon l'organisation et l'année	50

ANNEXE VI (suite)

Liste des tableaux

N°	Partie II - Titre des tableaux (suite)	Page
2.14	Nombre d'interventions traitées, selon leur statut et l'année	52
2.15	Nombre et pourcentage d'interventions conclues, selon l'auteur et l'année	52
2.16	Nombre et pourcentage d'interventions conclues, de motifs de plaintes et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2011-2012	52
2.17	Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs et l'année	53
2.18	Nombre de motifs pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs et les catégories de traitement en 2011-2012	54
2.19	Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs en 2011-2012	55
2.20	Nombre et pourcentage de mesures correctives des interventions, selon la catégorie de mesures et le statut pour l'année 2011-2012	56
2.21	Nombre et pourcentage d'interventions conclues, selon le délai de traitement (en jours) et l'année	56
2.22	Nombre et pourcentage de plaintes et d'interventions conclues, de motifs de plaintes et d'interventions et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2011-2012	57
2.23	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes et les interventions conclues, selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2011-2012	58
2.24	Nombre et pourcentage des motifs des demandes d'assistance, selon les catégories de motifs et l'année	62
2.25	Nombre et pourcentage des actions entreprises à la suite des demandes d'assistance, selon les catégories d'actions et l'année	62
2.26	Nombre et pourcentage des activités du commissaire, selon les catégories d'activités et l'année	64

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Québec